

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

N°

THÈSE

Année 1900

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 10 Mai 1900

Par M. Henri NOURY

Né à Brest, le 25 Novembre 1874

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE NANTES

MÉDAILLE D'ARGENT (1895)

LAURÉAT (bis) DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES (1896-1897)

ANCIEN INTERNE DU D^r PÉAN ET DE L'HOPITAL PÉAN

ÉTUDE CLINIQUE

DES

HERNIES ÉPIGASTRIQUES

ET

OMBILICALES

Président : M. BERGER, professeur.

M. DEBOVE, professeur.

Juges { M. ROGER, professeur agrégé.

M. FAURE, professeur agrégé.

PARIS

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

19, RUE HAUTEFEUILLE, PRÈS DU BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1900

353

ÉTUDE CLINIQUE
DES
HERNIES ÉPIGASTRIQUES
ET
OMBILICALES

UNIVERSITÉ DE PARIS, FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BROUARDEL.
Professeurs MM.

Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	DEBOVE.
	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	BERGER.
Pharmacologie.....	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....	LANDOUZY.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie.....	BRISAUD.
Pathologie comparée et expérimentale	CHANTEMESSE.
	POTAIN.
Clinique médicale.....	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	
Clinique des maladies nerveuses	JOFFROY.
	RAYMOND.
	DUPLAY.
Clinique chirurgicale	LE DENTU.
	TILLAX.
	TERRIER.
Clinique ophtalmologique	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchements	PINARD.
	BUDIN.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DESGREZ.	LEJARS.	THIROLOIX.
ALBARRAN.	DUPRÉ.	LEPAGE.	THIERY.
ANDRÉ.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
BONNAIRE.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BROCA (André).	GILLES de la TOURETTE.	MÉNÉTRIÉR.	VARNIER.
BROCA (Aug.).	HARTMANN.	MÉRY.	WALLICH.
CHARRIN.	LANGLOIS.	ROGER.	WALTHER.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	SEBILEAU.	WIDAL.
DELBET.	LEGUEU.	TEISSIER.	WURTZ.

Chef des travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Le Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'école a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

N°

THÈSE

Année 1900

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 10 Mai 1900

Par M. Henri NOURY

Né à Brest, le 25 Novembre 1874

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE NANTES

MÉDAILLE D'ARGENT (1895)

LAURÉAT (bis) DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES (1896-1897)

ANCIEN INTERNE DU D^r PÉAN ET DE L'HOPITAL PÉAN

ÉTUDE CLINIQUE

DES

HERNIES ÉPIGASTRIQUES

ET

OMBILICALES

Président : M. BERGER, professeur.

Juges { M. DEBOVE, professeur.
M. ROGER, professeur agrégé.
M. FAURE, professeur agrégé.



PARIS

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

19, RUE HAUTEFEUILLE, PRÈS DU BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1900



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON PÈRE

MONSIEUR LE DOCTEUR NOURY

MÉDECIN EN CHEF DE LA MARINE EN RETRAITE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Hommage d'affection filiale

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAÎTRES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERGER

PROFESSEUR DE MÉDECINE OPÉRATOIRE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL BEAUJON

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

ÉTUDE CLINIQUE
DES
HERNIES ÉPIGASTRIQUES ET OMBILICALES

AVANT-PROPOS

A la veille de nous lancer à notre tour dans la grande lutte pour l'existence, nous considérons comme un devoir, au début de ce travail, de jeter un coup d'œil en arrière et d'assurer de notre sincère reconnaissance tous ceux qui, pendant huit années, ont été nos guides dans l'apprentissage médical dont cette thèse est le couronnement.

Et tout d'abord, merci à nos Maîtres de l'École de médecine et des Hôpitaux de Nantes, qui, pendant cinq années consécutives, dont trois d'Internat, nous ont fait profiter d'un enseignement éclairé et sûr.

Que M. le D^r ATTIMONT, spécialement, reçoive ici l'assurance de notre affectueuse gratitude, tant pour nous avoir, pendant l'année d'Internat passée dans son service, prodigué les leçons de sa haute expérience, que pour nous avoir, au cours d'une longue et douloureuse

maladie, entouré d'une sollicitude de tous les instants.

Nous assurons de^r même MM. les D^{rs} HEURTAUX, HERVOUET, JOÛON, VIGNARD, E. BUREAU et CRIMAIL, dans les services desquels nous avons successivement passé, de notre respectueux et reconnaissant souvenir.

Un maître toujours regretté, et dont le nom passe à la postérité, M. le D^r PÉAN, nous a fait l'honneur de nous admettre comme interne dans l'hôpital fondé par lui, et nous a fait bénéficier de son puissant enseignement. Nous lui adressons ici un suprême hommage.

Nous avons trouvé près de ses successeurs, et en particulier de M. le D^r DELAUNAY, qui a inspiré et guidé ce travail, l'appui d'une expérience acquise à haute école, et d'un intérêt, porté à nos efforts, qui ne s'est jamais démenti. Nous l'en remercions bien vivement, sans vouloir oublier cependant MM. les D^{rs} ROUSSEAU, ROBIN MASSÉ et MESNARD, qui ont droit à notre meilleur souvenir.

M. le Professeur BERGER nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Il nous est un devoir de l'assurer de toute notre gratitude.

Au cours de notre internat à l'hôpital Péan, il nous a été donné d'observer *seize* cas de hernies épigastriques et ombilicales. Nous ne comptons que celles chirurgicalement traitées. C'est ce qui nous a donné l'idée d'en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

C'est avec intention que nous intitulons ce travail « Étude clinique ». En raison des multiples et récents

travaux, des thèses nombreuses ayant trait à la question, nous n'avons pas la prétention de nous lancer dans une étude approfondie des hernies de la région. Mais, considérant que toute idée théorique doit avant tout s'appuyer sur des données cliniques sérieuses, nous profitons du vaste champ d'expériences qui s'est ouvert à nos études, pour donner de ces lésions un tableau symptomatologique d'ensemble. Au point de vue anatomique et au point de vue pathogénique, nous nous bornerons donc à l'aperçu dont un travail sérieux ne pourrait se passer. Nous nous étendrons cependant davantage en ce qui concerne une observation curieuse rapportée dans la première partie de ce travail. Pour ce qui est du traitement, outre la relation exacte de la méthode employée dans chaque cas, avec les résultats immédiats et pour plusieurs les résultats éloignés, nous donnerons un aperçu des autres modes opératoires, et à propos des hernies ombilicales, nous indiquerons une modification du procédé habituel due à notre ancien chef de service, M. le Dr DELAUNAY.

L'ordre apporté dans notre étude nous est logiquement fourni par la configuration topographique de la région. Nous étudierons donc en deux chapitres distincts :

- 1° Les Hernies Epigastriques ;
- 2° Les Hernies Ombilicales.

CHAPITRE PREMIER

Hernies Epigastriques

Toute issue d'un viscère (épiploon ou intestin) à travers un des orifices que présente la ligne blanche au-dessus de l'ombilic constitue une hernie épigastrique. Cette variété de hernie reconnaît une pathogénie et une symptomatologie un peu particulières que nous nous efforcerons de mettre en lumière, en nous basant sur les observations que nous présentons plus loin. Quoique, d'une façon générale, la hernie se différencie de l'éventration proprement dite, nous avons cru devoir adjoindre aux cas précités un exemple d'éventration sus-ombilicale, en raison de sa rareté, et de l'analogie présentée dans l'évolution symptomatologique.

Au moment où le plan de ce travail était élaboré, nous avons eu la chance d'assister notre chef de service, auprès d'un malade, porteur d'une hernie épigastrique rare, absolument distincte de la forme commune.

Cette hernie avait fait son trajet tout entier, dans ce que RICHET a décrit sous le nom de « Canal ombilical », et avant d'arriver au pôle supérieur de l'ombilic, où elle aurait constitué la variété *ombilicale indirecte* de RICHET, elle avait franchi un des orifices de la ligne blanche pour se constituer nettement épigastrique.

En raison des considérations anatomiques, de la pathogénie et de la marche tout à fait particulière de cette hernie, nous croyons utile de la traiter à part, en préparant son étude par celle des hernies épigastriques communes.

Nous diviserons donc la première partie de notre travail en cinq articles distincts :

1° Considérations anatomiques sur la région de la ligne blanche ;

2° Anatomie pathologique et pathogénie des hernies épigastriques ;

3° Symptomatologie et traitement ;

4° Observations ;

5° Canal ombilical de RICHET. Hernie développée dans ce canal.

1. — CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES

La région épigastrique est limitée en haut par l'appendice xiphoïde, en bas par une ligne horizontale fictive menée par l'ombilic et latéralement par le rebord de la cage thoracique. C'est une surface à peu près triangulaire. Les deux muscles grands droits de l'abdomen remplissent à eux seuls une bonne partie de l'aire de ce triangle qu'ils parcourent de haut en bas. Entre les deux muscles se trouve la ligne blanche, dénomination très défectueuse, puisqu'il ne s'agit point d'une ligne, mais bien d'une région vraie, pouvant avoir chez certains sujets, à l'état physiologique, jusqu'à 3 et 4 centimètres de largeur.

Lorsqu'on a enlevé la couche sous-cutanée, on découvre

une aponévrose blanche, resplendissante, dont les fibres s'entrecroisent à angles plus ou moins aigus sur la ligne médiane, pour constituer la ligne blanche, formant la paroi antérieure de la région épigastrique (région albuginée de GLÉNARD). Au niveau de l'épigastre, cette région a son maximum de développement. En effet, tandis qu'au-dessous de l'anneau ombilical les deux muscles grands droits sont pour ainsi dire accolés par leur bord interne, au-dessus de cet anneau, ils prennent une direction divergente jusqu'à leur point d'insertion. Entre leur écartement, ces muscles laissent donc un espace triangulaire à base tournée en haut, dont les dimensions varient dans des proportions assez considérables suivant les sujets, et aussi suivant le sexe. Chez la femme, cette région est un peu plus large que chez l'homme. Les chiffres donnés par les mensurations diverses pratiquées sont excessivement variables. Chez les individus qui ont maigri après avoir présenté un embonpoint appréciable, chez ceux dont la paroi a subi des distensions prolongées, sous l'influence de l'ascite ou d'une tumeur, chez la femme surtout après plusieurs grossesses, la largeur de la ligne blanche atteint des dimensions considérables, au point que de véritables éventrations peuvent se produire.

Ce plan aponévrotique, qui semble continuer la colonne osseuse du sternum, se clive sur les bords, de façon à donner naissance à deux nouveaux plans fibreux. C'est dans l'angle formé par ces deux plans divergents que viennent se loger les bords internes des muscles grands droits. Il s'en suit que l'un des feuillets passe au-devant du muscle, et que l'autre va doubler sa face postérieure. Cette disposition n'existe qu'au-dessus de l'ombilic. C'est

une des raisons qui expliquent la plus grande résistance de la ligne blanche dans la région épigastrique.

Ces fibres aponévrotiques, qui constituent, comme nous l'avons déjà dit, les tendons latéraux des muscles grands droits, en quittant les faces antérieures et postérieures de ces muscles, s'entrecroisent sur la ligne médiane dans tous les sens et sous des angles très divers. On sait que la région de la ligne blanche résulte de cette formation. Mais il résulte aussi de ces entrecroisements que les fibres laissent entre elles de petits pertuis, qui font communiquer la cavité abdominale avec l'estomac. Ces ouvertures irrégulièrement losangiques, plus ou moins larges, livrent passage à des vaisseaux ou à des nerfs. Ces orifices ne sont pas oblitérés d'une façon complète par les paquets vasculo-nerveux qui les traversent. De petits bouchons cellulo- adipeux se chargent de ce rôle. Ces pelotons graisseux proviennent du fascia sous-péritonéal. Ces pertuis jouent le plus grand rôle dans la formation des hernies que nous étudions. RICHET avance « que l'anneau ombilical peut être regardé comme une ouverture plus grande que les autres ». Cette opinion semble erronée. Il n'y a rien de commun entre ces pertuis, virtuels en somme sur une paroi normale, et l'anneau ombilical. Ce sont des ouvertures d'un côté comme de l'autre, mais elles n'ont ni la même origine embryogénique, ni le même rôle, ni la même constitution. Tout au plus, chez le fœtus, ces deux sortes d'ouvertures donnent-elles également passage à des vaisseaux, et encore il faut ajouter que, même chez le fœtus, l'ombilic ne sert de passage à aucun tronc nerveux.

« La ligne blanche fournit un point d'appui pour la

contraction des muscles larges. Elle solidarise leur action qui est presque toujours bilatérale, en les transformant en un seul muscle polygastrique (1). »

2. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET PATHOGÉNIE

C'est à M. le professeur TILLAUX que revient l'honneur d'avoir montré le rôle que jouent ces pelotons adipeux dans la hernie de la ligne blanche. Les pelotons graisseux que nous avons décrits précédemment s'introduisent dans les orifices de la ligne blanche, les élargissent et les rendent suffisants pour donner passage à une masse graisseuse de plus en plus considérable venant du fascia sous-péritonéal. Il en résulte la formation d'un lipôme de la ligne blanche. A la face profonde, adhère forcément le péritoine. Il peut être entraîné à son tour, et, s'introduisant dans l'orifice, en doigt de gant, former le sac d'une petite hernie.

Si l'on poursuit la dissection du peloton graisseux jusqu'au collet de l'orifice par où il s'est échappé de l'abdomen, en soulevant alors le lipôme, on voit qu'il est réuni à la cavité abdominale par une sorte de pédicule qui passe à travers le petit anneau. Ce pédicule n'est autre chose qu'un minuscule cul-de-sac péritonéal, qui a accompagné le peloton graisseux dans son exode. On trouve quelquefois ce diverticule se prolongeant jusqu'au centre du lipôme. La connaissance de cette disposition est de la plus haute importance au point de vue opératoire. Nous aurons d'ailleurs l'occasion d'y revenir. La formation de

(1) POIRIER, Traité d'anatomie.

la hernie épigastrique est donc presque toujours précédée de celle d'un lipôme pré-herniaire qui a créé la voie. Dans l'une de nos observations, cependant, nous verrons que ce lipôme manquait, et qu'après incision de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané le bistouri tombait immédiatement sur le sac.

La plupart du temps, ce n'est pas l'intestin que l'on trouve dans le sac, mais l'épiploon. Nos trois cas rapportés concernent trois épiplocèles. Quand l'intestin pénètre dans le sac, c'est presque toujours le côlon transverse que l'on y trouve.

M. TILLAUX fait remarquer que, même dans les diverticules péritonéaux les plus petits, un petit bout d'épiploon s'engage qui se fixe à leur sommet et pénètre avec eux jusqu'au centre du lipôme pré-herniaire. On comprend les douleurs stomacales vives que ressentent les malades. Elles sont dues aux tiraillements de l'estomac ou du côlon par l'épiploon adhérent. Il serait difficile, sans cette explication, d'admettre qu'un simple peloton graisseux de la ligne blanche occasionnerait de tels troubles, presque tous les lipômes autrement situés étant indolents. L'adhérence du contenu au sac est presque toujours la règle dans les hernies épigastriques. Nous l'avons toujours observée.

M. TERRIER distingue quatre groupes dans les hernies de l'épigastre :

1° Hernies graisseuses simples, sans participation du péritoine ou avec diverticule péritonéal infundibuliforme.

2° Hernies graisseuses entraînant un sac péritonéal avec hernie épiploïque (Observ. I).

3° Hernies épiploïques simples, sans lipôme herniaire (Observ. II).

4° Hernies intestino-épiploïques (beaucoup plus rares). Dans la hernie volumineuse, le sac a des parois plus épaisses, un pédicule véritable, parfois un collet bien formé. Ce sac ressemble à celui des hernies ombilicales de l'adulte.

D'après M. le Professeur BERGER, la hernie épigastrique est beaucoup plus fréquente chez l'homme que chez la femme. Nos observations visent deux femmes et un homme ; mais nous n'avons pas la prétention de mettre nos cas, très peu nombreux, vis-à-vis de la statistique de M. BERGER, laquelle porte sur 10.000 hernies. Comparée aux autres variétés de hernies, elle représente 1,37 0/0. Pour 12 hernies ombilicales, nous relevons personnellement trois épigastriques, ce qui représente évidemment une proportion forte. La hernie épigastrique est très rare dans l'enfance, et est presque exclusivement l'apanage de l'âge adulte.

Pour M. BERGER, la hernie épigastrique serait plutôt une hernie de faiblesse. Se basant sur l'existence fréquente de l'éventration sus-ombilicale congénitale due au manque de soudure des parois de l'abdomen sur la ligne médiane, et se basant sur ce fait, que cette éventration disparaît à un âge où la hernie épigastrique commence à devenir fréquente, il se demande si la hernie épigastrique n'est pas le dernier vestige de cette aplasie de la ligne blanche que nous constatons dans le jeune âge, les mailles fibreuses s'étant resserrées, mais laissant subsister par places les orifices précédemment décrits.

Mais ne peut-on également considérer la hernie épi-

gastrique comme une hernie analogue à l'éventration de même sorte, due à la rupture de la ligne blanche sur une paroi parfaitement saine? On doit remarquer que si les hernies sont plus fréquentes au-dessus de l'ombilic, il n'en est pas de même de l'éventration, qui est autrement plus fréquente au-dessous de l'anneau. Ce fait trouve son explication dans les considérations suivantes.

1° *La pression du niveau de l'épigastre est plus forte que dans la région sous-ombilicale.* — Au cours des laparotomies sus-ombilicales que nous avons observées, nous avons toujours remarqué que les viscères sortent en masse et avec beaucoup plus de violence que dans les incisions sous-ombilicales, pour peu que le sujet rompe un instant l'état de résolution musculaire due à la chloroformisation.

Un autre fait, emprunté également à la chirurgie opératoire, vient à l'appui de notre dire. Nous avons vu pratiquer à l'hôpital Péan environ 80 à 85 hystérectomies vaginales. Cette intervention crée en réalité une véritable éventration vaginale qui n'est jamais suturée et guérit spontanément. Or, jamais une hystérectomie vaginale n'a donné lieu, immédiatement comme dans la suite, à la sortie d'une anse intestinale. On pourra nous objecter que l'intestin est suffisamment maintenu par ses moyens de contention naturels, et que, d'autre part, la production des hernies inguinales et crurales infirme notre hypothèse. Cependant nous croyons à l'importance d'une pareille remarque, surtout lorsqu'elle se base sur un grand nombre d'observations.

2° *La résistance de la ligne blanche sus-ombilicale est*

plus considérable que de l'ombilic au pubis. — Nous en avons expliqué les raisons.

Laissant de côté les hernies post-opératoires ou traumatiques, par un orifice précédemment créé et oblitéré, si nous envisageons la hernie épigastrique type, nous pouvons admettre que des efforts répétés (grossesse) déterminent l'exode d'un lipôme et d'un sac intestinal. Ce fait expliquerait la plus grande fréquence de la hernie chez l'homme, exposé aux travaux fatigants et aux grands efforts.

Confirmant la théorie de M. BERGER, de la hernie épigastrique envisagée comme hernie de faiblesse, on peut noter la coexistence de cette hernie avec d'autres lésions analogues, ou des ptoses diverses faisant songer à une prédisposition anatomique. Dans notre première observation, existait en même temps une petite hernie ombilicale. Le malade, dont nous rapportons l'histoire dans un chapitre spécial, était porteur d'une double hernie inguinale et issu d'une famille de hernieux.

On a établi (WITZEL) une relation directe entre les affections organiques de l'estomac et les hernies épigastriques. Nous croyons que les unes ne sauraient expliquer la production des autres, que par ce fait que l'amaigrissement, conséquence des premières, deviendrait cause occasionnelle des secondes.

La hernie épigastrique est en général unique. Cependant M. BERGER en a observé deux, trois et même quatre superposées sur la ligne blanche, quoique parfaitement distinctes.

3. — SYMPTOMATOLOGIE ET TRAITEMENT

Les signes locaux de la hernie épigastrique sont évidemment variables. Nous savons qu'au point de vue anatomo-pathologique certaines hernies volumineuses présentent une constitution rappelant absolument celle des hernies ombilicales. Dans ce cas, la tumeur herniaire présentera les caractères connus, que nous décrirons dans la seconde partie de notre travail. Son siège seul indiquera qu'il s'agit d'une hernie épigastrique. Nous devons dire, d'ailleurs, que la hernie épigastrique se développe peu, et n'atteint toujours qu'un faible volume. A quoi attribuer cet arrêt dans le développement, alors que les autres hernies sont susceptibles d'acquérir de si fortes proportions ? L'orifice par lequel se fait l'exode se laisse é mousser : ses angles s'arrondissent, mais, par ce fait même que sa circonférence résulte de l'entrecroisement en mailles serrées de fibres résistantes, ne peut-on penser qu'il acquière une rigidité plus grande, et que, par là même, il se laissera peu dilater. D'autre part, par suite du siège de ces hernies, on ne trouve dans le sac qu'un peu d'épiploon, rarement l'intestin, ou dans ce cas une légère portion de gros intestin. Les viscères herniés ne sont donc pas susceptibles par leur masse de distendre continuellement le sac. Ces deux raisons se commandent l'une l'autre.

La hernie épigastrique est donc essentiellement une petite hernie se traduisant par l'existence en un point variable de la ligne blanche sus-ombilicale d'une petite tumeur, molle ou présentant une consistance granuleuse

particulière, en général douloureuse à la pression, se réduisant peu, en raison des adhérences du sac, ou alors se réduisant, non pas avec gargouillement, mais avec une crépitation spéciale, et permettant, après réduction, de sentir un petit anneau rigide à bords tranchants, comme une perforation creusée dans les plans aponévrotiques de la ligne blanche. Il est remarquable que les efforts de toux n'ont que peu ou pas d'influence sur la tension et le volume de ces hernies. La peau, au niveau de ces tumeurs, est normale; elle n'est pas amincie et transparente comme dans certaines omphalocèles.

La tumeur herniaire peut présenter le volume d'une noix, d'un œuf de pigeon, mais peut aussi ne pas être visible dans le décubitus dorsal et n'apparaître que lorsque, le sujet étant couché, on le fait se dresser sur son séant, en faisant obstacle à ce mouvement. C'est la manœuvre préconisée par M. TILLAUX, pour le diagnostic des éventrations sus-ombilicales. On ne devra jamais la négliger au cours d'une exploration clinique.

Un pareil effort pourra même ne révéler rien d'anormal, et l'on ne devra pas, pour cette raison, nier l'existence d'une hernie épigastrique. Il en est en effet qui sont parfaitement invisibles, et qui, par ce fait, passent longtemps inaperçues, égarant le diagnostic, parfois pendant de longues années. Chez la malade qui fait le sujet de notre première observation, la hernie épigastrique n'a été reconnue qu'au cours d'une intervention pour petite omphalocèle, et certes les troubles fonctionnels très accusés doivent être rapportés à la première et ne dépendent en rien de l'exomphale. De même, dans le cas de hernie rare rapportée au dernier chapitre, toutes les hypothèses

ont pu être faites. On a été jusqu'à penser à la possibilité d'un néoplasme, en raison des douleurs, des vomissements et de l'amaigrissement du sujet. Sur la table d'opération même, avant le premier coup de bistouri, le diagnostic était rien moins qu'établi. La vue seule de l'épiploon a levé tous les doutes.

Ces considérations ont la plus haute importance clinique. Il est des cas, en effet, où, aucune saillie anormale n'étant visible, si l'on veut cependant étudier à fond l'hypothèse d'une hernie de la région, hypothèse à laquelle les troubles fonctionnels, ainsi que l'inanité de tout traitement doivent toujours faire songer, il existe quelques signes pouvant mettre sur la voie du diagnostic. C'est par exemple une douleur vive à la pression, nettement localisée en un point exact de la ligne blanche sus-ombilicale, douleur assez superficielle et ne semblant pas d'origine gastrique.

Au même niveau, on peut également, par une exploration attentive, percevoir une résistance spéciale, une sensation d'empâtement diffus dépendant de la paroi même et devant être différenciée de la sensation fournie par une tumeur profonde de cette région. Quelquefois même il y a réduction partielle de cette masse et le doigt percevoit alors la perforation de la paroi.

Le diagnostic reste donc très difficile, et l'on comprend comment, pendant des mois et des années, le traitement a pu s'égarer, ne visant que des troubles gastro-intestinaux divers, avec, d'ailleurs, insuccès complet, et comment de ce fait des malades ont pu arriver à un état d'affaiblissement et de cachexie assez prononcé (observation IV). La lésion peut d'autant mieux être méconnue que les trou-

bles fonctionnels intenses qu'elle provoque sont les conséquences fréquentes de causes toutes différentes.

On ne remarque parfois que de simples crises gastralgiques, en général, sous l'influence directe des heures de repos ; parfois, ces crises douloureuses s'accompagnent de vomissements alimentaires ou bilieux. Des douleurs, à localisation principale en un point épigastrique, s'irradient aux hypochondres, rappelant les douleurs en ceinture.

Les vomissements peuvent même être si fréquents et si abondants qu'ils compromettent la nutrition des malades. Ce tableau clinique fait immédiatement penser à une dyspepsie quelconque (nervo-motrice, gastro-sucorrhée, etc.). D'après CHAILLOUX, on est même en droit de soupçonner les troubles de début de l'ataxie locomotrice. D'après ce même auteur, le malade a souvent une démarche caractéristique : il avance, courbé en deux pour relâcher ses muscles abdominaux.

Les simples tiraillements de l'épiploon ne suffisent pas à expliquer une pareille intensité de phénomènes douloureux : ils existent en effet dans les autres variétés de hernies. D'autre part, on les observe même dans les hernies épigastriques non habitées. On peut donc les expliquer par la compression du pédicule vasculo-nerveux qui passe par les orifices normaux de la ligne blanche (GUSSENBAUER). — Ces filets nerveux appartiennent aux cinq derniers nerfs intercostaux, et sont également l'origine des douleurs en ceinture et de la tendance aux vomissements, en raison de leur anastomose diaphragmatique avec les plexus des phréniques. La hernie épigastrique est souvent irréductible, mais s'étrangle rarement.

Si, dans quelques cas, la hernie est petite, facilement réductible, ne détermine que peu ou point de douleurs, et peut être maintenue par un bandage, chez la majorité des malades, elle donne le tableau symptomatique précédemment décrit. Aussi peut-on poser en principe que, *presque toujours, la hernie épigastrique est justiciable de l'intervention.*

Le manuel de l'opération a été parfaitement décrit par M. TERRIER d'abord, puis par BONNET et LEPAGE, enfin par VULPIUS.

De la connaissance de la disposition anatomique des lipomes herniaires de la ligne blanche découle un principe, une règle de médecine opératoire de la plus haute importance.

En effet, lorsqu'on opérera un lipome de cette région, il ne faudra pas se contenter de l'extirper, il faudra aussi disséquer le pédicule jusqu'au niveau de son collet, à l'orifice par où se fait l'exode hors de l'abdomen. Après l'avoir ouvert avec précaution, avoir vérifié son contenu, on le liera solidement, et alors seulement il sera permis de le réséquer et de le refouler dans la cavité abdominale.

On sait que le péritoine vient presque toujours former en quelque sorte la racine de la tumeur, et si on ne se conformait pas à la pratique dont nous venons de parler, on s'exposerait à ouvrir le péritoine et à laisser ensuite son ouverture communiquer librement avec l'extérieur par la plaie opératoire. Enfin si l'intestin était déjà engagé à travers l'orifice, on l'ouvrirait sûrement par l'extirpation simple, tous faits qui entraîneraient pour le malade les plus graves conséquences.

Chez les malades dont l'observation suit nous avons

vu communément employer le procédé décrit par M. TERRIER.

Incision verticale sur la tumeur.

Si l'on se trouve alors en présence d'un lipôme herniaire, on agit comme nous l'avons dit précédemment, et l'on procède ensuite comme sur un sac ordinaire.

Si l'on tombe directement sur le sac, la méthode est analogue à celle employée pour les autres hernies. Recherche du pédicule, destruction des adhérences au niveau du collet, s'il y en a, ouverture du sac, exploration du contenu, libération des adhérences, réduction dans la cavité abdominale, puis ligature du sac, dont la partie superficielle est réséquée. La ligature peut être circulaire ou entrecroisée. Cette dernière semble préférable.

Restauration de la paroi. L'idéal est de la pratiquer comme nous la décrirons minutieusement au sujet des hernies ombilicales, c'est-à-dire convertir la place opératoire en plaie de laparotomie. Deux coups de ciseaux, en haut et en bas, débrident l'orifice, et en font une ellipse très allongée. Les bords en sont réséqués. Un premier surjet réunit ce plan fibreux. La gaine des droits est ensuite ouverte. On peut alors faire un surjet sur la lame aponévrotique postérieure, un deuxième sur le muscle même et un troisième sur le plan aponévrotique antérieur. Enfin, suture de la peau. Le drainage est en général inutile.

La récidive est très rare, surtout si l'on a soin de recommander au malade le port incessant d'un bandage.

4. — OBSERVATIONS

OBSERVATION I (*inédite*).

(Service de M. le Dr DELAUNAY, opérée par M. le Dr ROBIN MASSÉ).

Hernie épigastrique épiploïque, avec coexistence d'une hernie ombilicale.

M^{me} T..., 49 ans, mariée, entre le 5 déc. 1899.

Rien dans les antécédents.

Réglée à 11 ans. Règles toujours régulières, mais douloureuses et abondantes.

Mariée à 18 ans.

Un an après, premier accouchement à terme dans d'excellentes conditions.

Un an plus tard, 2^{me} accouchement normal (enfant très volumineux).

Enfin, cinq ans après, 3^{me} accouchement très bien accompli.

Il y a au moins dix ans que la malade accuse des troubles dyspeptiques. Légers au début, ils se sont, peu à peu, surtout dans les derniers temps, beaucoup exagérés. Ce sont des tiraillements pénibles dans la région de l'épigastre, surtout accusés dans l'après-midi, survenant deux heures après les repas, produits également par les efforts et la fatigue. Jamais il n'y a eu de vomissements. Ces douleurs ont été presque toujours mises sur le compte de coliques hépatiques.

Il y a six ans, la malade remarque, au niveau de l'ombilic, l'existence d'une tumeur du volume d'une petite noix. Cette saillie n'a que peu augmenté de volume depuis lors, et n'a jamais été le siège de douleurs bien localisées à ce niveau. Aucun amaigrissement, aucun affaissement dans l'état général.

Examen. — Femme très grasse, à parois abdominales étalées, très épaisses. Au niveau de l'ombilic, on remarque une tumeur du volume d'une noix environ, dépliant la cicatrice ombilicale, la

refoulant en avant, recouverte par une peau tendue, lisse, mince, et comme transparente. Cette tumeur est partiellement réductible sans gargouillement, et sans douleur.

Au-dessus de l'ombilic, rien d'anormal.

Rien dans les autres viscères. Du côté de la sphère génitale, utérus un peu gros et douloureux.

Diagnostic. — Le diagnostic de hernie ombilicale à contenu épiploïque, probablement adhérent, est fait. Force est de mettre sur le compte de cette omphalocèle les troubles douloureux présentés par la malade, quoique leur intensité paraisse anormale en pareil cas.

Intervention chirurgicale (Dr ROBIN MASSÉ, chirurgien adjoint de l'Hôpital Péan). — Incision elliptique circonscrivant la tumeur herniaire, intéressant la peau et le tissu cellulo-grasseyé jusqu'à l'aponévrose. On glisse sur celle-ci de chaque côté jusqu'au bord de l'anneau et au collet du sac. Celui-ci est ouvert circulairement et la calotte supérieure éversée (voir hernies ombilicales). Un peu d'épiploon est adhérent au sac. On le détache, on le résèque, et l'on rentre le moignon dans le ventre.

Un coup de ciseaux débride l'anneau à son pôle inférieur. Pour faciliter la même manœuvre en haut, on prolonge l'incision cutanée sur l'aponévrose. On voit alors, à environ quatre centimètres au-dessus de l'ombilic, une petite masse grasseuse du volume d'un haricot, faire hernie par un orifice situé en plein milieu de la largeur et de la ligne blanche. Le siège est trop élevé pour une hernie adombilicale. Il s'agit d'un lipôme herniaire vraisemblablement avec hernie épiploïque consécutive. Du pôle supérieur de l'anneau ombilical, sur le doigt comme conducteur, on donne un coup de ciseaux vertical en haut, jusqu'à l'orifice de la seconde hernie, ne formant ainsi qu'une longue incision de laparotomie. Cette incision, portant également sur le péritoine, permet de voir qu'un mince diverticule de celui-ci a suivi le lipôme dans son évolution. Ce diverticule est ouvert prudemment. Très peu d'épiploon lui est adhérent. On le détache et on le réduit. Le lipôme est lié à sa base et réséqué. Les bords de l'anneau herniaire sont avivés. L'incision médiane est même prolongée à un centimètre au-dessus.

Un premier surjet fibro-péritonéal ferme la cavité.

Ouverture de la gaine des droits. Deuxième surjet sur le plan aponévrotique postérieur et le muscle. Troisième surjet sur le feuillet aponévrotique antérieur, quatrième plan de suture sur la peau.

Suites opératoires. — Très simples.

Aucune température.

Léger suintement séro-purulent pendant quatre jours.

Les fils sont enlevés au 13^e jour.

Le vingt-cinquième jour, la malade quitte le service.

Nous avons fait dernièrement prendre de ses nouvelles.

Les crises gastralgiques ont disparu.

La cicatrice est en parfait état.

OBSERVATION II (*inédite*)

(Opérée par M. le D^r DELAUNAY)

Hernie épigastrique épiploïques sans lipôme herniaire.

M^{me} R..., 50 ans, veuve, entrée le 28 mars 1898.

Deux frères et une sœur morts tuberculeux.

Aucune maladie personnelle dans l'enfance.

Règlée à 16 ans. Menstruation douloureuse, mais régulière.

Mariée à 18 ans.

De 1875 à 1883, en 8 ans, quatre accouchements à terme avec suites normales.

Il y a 4 ans, pleurésie. — Il y a dix mois, poussée de métrite ayant guéri par six semaines de pansements.

En 1896, la malade commence à éprouver des digestions pénibles, surtout après le repas de midi, accompagnées de douleurs lancinantes, à point de départ épigastrique. Ces phénomènes douloureux persistent avec ces caractères, et, au bout de quelques mois, la femme remarque, un peu au-dessus de l'ombilic, l'existence d'une saillie du volume d'une noix environ. Cette tumeur n'a jamais grossi depuis lors. Il n'y a eu cependant aucun port de bandage. Mais les troubles fonctionnels ont augmenté considérablement d'acuité ; les douleurs sont devenues intenses, survenant parfois sous forme de crises, pendant lesquelles la malade restait pliée en deux, le visage grippé, et vomissait abondamment (vomissements alimentaire et bilieux).

Elle a beaucoup maigri dans les dernières années.

Examen. — Au niveau de la ligne blanche, à 3 centimètres au-dessus de l'ombilic, il existe une petite tumeur globuleuse du volume d'un œuf de pigeon. La peau à son endroit est absolument normale. Elle est de consistance mollassse, se réduisant partiellement sans gargouillement, mais avec une sensation particulière de crépitation. Le doigt pénètre alors dans un petit anneau fibreux à bords tranchants, creusé à l'emporte-pièce. Ces manœuvres sont très pénibles pour la malade.

Diagnostic. — On fait le diagnostic de hernie épigastrique épiploïque.

Rien dans les autres organes. Utérus gros en rétroflexion adhérente.

Intervention (5 avril 98. M. DELAUNAY). — Incision verticale sur la tumeur, en procédant prudemment couche par couche. On tombe sur un sac péritonéal aminci et transparent. Il n'y a pas de lipôme herniaire. Le sac est ponctionné, puis ouvert plus largement. On y trouve une petite frange épiploïque adhérente : on la libère, on la lie et on la résèque. Au niveau de l'anneau, il y a quelques adhérences au sac qui sont détruites. Puis un fil de soie permet une ligature entrecroisée du sac au-dessous du collet. La partie superficielle est réséquée et le pédicule réduit dans le ventre. Deux coups de ciseaux en haut et en bas transforment en une ellipse allongée l'orifice circulaire de la ligne blanche. Les bords en sont avivés et suturés par un premier surjet de catgut. — La gaine des grands droits est ensuite ouverte de chaque côté. Un surjet réunit le plan musculo-aponévrotique postérieur; enfin un troisième surjet est passé sur les feuillets aponévrotiques antérieurs. Suture de la peau au crin de Florence.

Suites opératoires. — Très simples. Pas d'élévation de température.

Léger écoulement séreux pendant 6 jours.

Au 15^e jour, ablation des fils.

La malade quitte l'hôpital le 28 avril.

Sept mois après, elle revient à la consultation. Les phénomènes douloureux ont complètement disparu. La cicatrice est parfaite.

OBSERVATION III (*inédite*).

(Opérée par M. le Dr ROBIN MASSÉ)

**Petite éventration sus-ombilicale simulant une
hernie épigastrique**

M^{me} B..., 31 ans, mariée, entrée le 20 février 1899.

Rien dans les antécédents.

Réglée à 13 ans. Menstruation parfaite.

Mariée à 21 ans. En 1890 et 1895, deux accouchements avec suites normales.

A la suite du premier accouchement, persistance de pesanteurs et de tiraillements dans le ventre et dans la région du flanc droit.

Il y a des crises intermittentes de coliques violentes réalisant un peu le type de la colique néphrétique. Ces crises, d'abord espacées, deviennent rapidement plus fréquentes, terminées souvent par de la polyurie et des sueurs abondantes, faisant penser à de l'hydro-néphrose intermittente. On fait à ce moment le diagnostic de néphrop-tose à droite et une ceinture à pelote est prescrite. Le port de cette ceinture amène une amélioration notable.

A la suite du 2^e accouchement, la malade remarque, au creux épigastrique, l'existence d'une petite saillie, disparaissant dans le décubitus dorsal, apparaissant au moment des efforts, et qui n'a, depuis, que peu augmenté de volume.

Cette tumeur, d'après la malade, a été le point de départ de tiraillements douloureux, de crises gastralgiques survenant à de longs intervalles, mais dont plusieurs revêtaient une assez grande intensité. Il y a eu même parfois des nausées et des vomissements. Il est à remarquer qu'après la cure du rein mobile ces phénomènes ont persisté, ce qui permet bien de les ranger sous la dépendance de la lésion sus-ombilicale. C'est en raison de cette symptomatologie un peu spéciale et de l'aspect clinique de la tumeur que nous avons tenu à rapprocher cette observation des précédentes, bien qu'il s'agisse d'une éventration.

1^{re} *Intervention chirurgicale* (28 février. M. Dr DELAUNAY). — Néphropexie par incision transversale.

Fixation du rein par un gros fil de soie.

Suites très normales.

2^e *Intervention chirurgicale* (5 mai 99. M. ROBIN MASSÉ). — La petite saillie globuleuse, un peu allongée, donne bien, à la simple inspection, l'idée d'une hernie épigastrique.

Elle n'est visible qu'en pratiquant la manœuvre de M. TILLAUX. Mais si l'on palpe attentivement la région, le doigt entre dans une fente longitudinale, résultant de l'écartement des grands droits, et dépassant en haut et en bas les limites apparentes de la tumeur.

En bas, cet écartement atteint l'ombilic et se prolonge même un peu au-dessous.

C'est une éventration sus-ombilicale.

Incision verticale médiane, dépassant en bas l'ombilic, qu'elle contourne. Après division du tissu cellulaire sous-cutané, le bistouri tombe sur le péritoine aminci et transparent.

Celui-ci est ponctionné, puis ouvert largement sur toute la longueur. On remarque alors qu'en un point l'épiploon est adhérent à la face péritonéale profonde, ce qui explique les symptômes douloureux observés. On le détache.

De chaque côté, on découpe une mince languette du péritoine devenu trop large pour son contenu.

La gaine des grands droits est ouverte par deux incisions longitudinales parallèles.

1^{er} surjet au catgut sur le péritoine doublé du feuillet aponévrotique postérieur.

2^e surjet sur le muscle.

3^e surjet sur les lames aponévrotiques antérieures.

Suture de la peau.

Suites opératoires. — Rien de particulier.

Guérison par première intention.

Au 26^e jour, la malade quitte l'hôpital.

5. — CANAL OMBILICAL DE RICHEL. HERNIE ÉPIGASTRIQUE DÉVELOPPÉE DANS CE CANAL

1. — Considérations anatomiques

Sous le nom de trajet ou gouttière ombilicale, RICHEL désigne l'espace compris entre la ligne blanche, le bord interne des muscles droits et le fascia umbilicalis.

Elle présente à étudier :

- 1° Une paroi antérieure ;
- 2° Une paroi postérieure ;
- 3° Deux bords latéraux ;
- 4° Une limite inférieure ;
- 5° Une limite supérieure ;
- 6° Un contenu.

1 *Paroi antérieure.* — Elle est formée par la face postérieure de la ligne blanche abdominale, large de 20 cent., limitée sur les côtés par le relief des bords internes des muscles droits ; par suite concave transversalement et rectiligne dans le sens vertical. Cette concavité diminue en même temps que la ligne blanche s'élargit chez la femme qui a eu des grossesses multiples et la ligne blanche finit par se trouver de niveau avec la face postérieure des muscles droits.

Cette paroi est formée de faisceaux fibreux entrecroisés, laissant entre eux de petits espaces losangiques dans lesquels s'engagent des vaisseaux, des nerfs, quelquefois de la graisse et qui sont d'autant plus larges qu'on se rapproche davantage de l'ombilic.

2° *Paroi postérieure.* — Elle est formée par la face antérieure du fascia umbilicalis doublé du péritoine.

Ce fascia présente souvent de chaque côté du relief qui forme la veine ombilicale des éraillures qui affaiblissent considérablement sa résistance, puisqu'en ce point la paroi postérieure de la gouttière est réduite au feuillet péritonéal séreux. C'est à travers ces éraillures que les intestins pénétreraient dans la gouttière ombilicale.

Chez la femme qui a eu plusieurs grossesses, le fascia umbilicalis devient plus apparent, par suite de la distension exagérée qu'il a subie ; mais en revanche le péritoine s'applique presque immédiatement sur la ligne blanche.

3° *Bords latéraux.* — Ils sont formés par la fusion des parois antérieure et postérieure sur la face postérieure des muscles droits.

4° *Limite inférieure.* — Elle correspond à la partie supérieure de l'orifice ombilical qui est faiblement obstrué par un bouchon graisseux.

5° *Limite supérieure.* — Elle est marquée par le point où la veine ombilicale s'y introduit ; point difficile à préciser et situé, suivant les sujets, de 3 à 6 centimètres au-dessus de l'ombilic.

C'est à ce niveau que commencent à paraître les fibres du fascia umbilicalis.

6° *Contenu.* — 1° Chez l'enfant, la veine ombilicale, et chez l'adulte, le cordon fibreux qui lui succède, accompagnés par quelques veinules du cinquième groupe des veines portes accessoires de Sappey.

2° Autour de ce cordon, du tissu celluleux dont les

mailles se chargent chez quelques sujets d'une masse de graisse jaunâtre (1).

Un stylet introduit dans cette gouttière, en longeant le cordon de la veine ombilicale, passe facilement à travers l'orifice de l'ombilic, en déplaçant la boule adipeuse qui ferme sa partie supérieure et ouvre sous la peau.

Ce canal décrit par RICHET est accepté par SAPPEY ; mais M. TILLAUX nie son existence avec énergie.

RICHET assimile cette gouttière au trajet inguinal, anatomiquement et pathologiquement, et admet qu'il s'y fait une variété de hernies ombilicales, auxquelles il donne le nom de hernies ombilicales obliques. D'après M. TILLAUX, c'est une pure hypothèse. Le trajet serait virtuel sans dissection et ne posséderait pas d'orifice ; il ne saurait donc livrer passage à une hernie. Cette assertion semble trop exclusive. JABOULAY aurait constaté au cours d'une opération l'existence d'un véritable canal oblique suivi par la hernie et limité en arrière par le fascia umbilicalis de RICHET (2). L'existence du canal ombilical rend compte également de faits beaucoup plus rares signalés par TERRIER, SANGER, QUENU, SAVARIANOD, DEMONS et BINAUD où le sac de la hernie ombilicale présentait un diverticule propéritonéal dans lequel s'étaient engagées tantôt une anse intestinale, tantôt des masses épiploïques, en continuité directe avec le contenu du sac principal. — M. BERGER, dans un cas de volumineuse hernie épigastrique, l'a trouvée remplie par le cordon de la veine ombilicale entouré d'une masse considérable de tissu adipeux.

(1) SEBILEAU, *Gazette médicale de Paris*, mai 1896.

(2) LE DENTU et DELBET, *Traité de Chirurgie*, tome VIII (*article de JABOULAY*).

Nous avons eu personnellement l'occasion d'observer un cas de hernie épigastrique, ayant fait nettement son trajet dans la gouttière ombilicale.

Il s'agit d'un malade opéré en ville avec notre chef de service, M. le Dr DELAUNAY. Etant donnée la rareté du fait, nous sommes heureux de pouvoir en rapporter l'observation complète.

OBSERVATION IV (*inédite*)

(M. DELAUNAY.)

M. L. C... 56 ans.

Son père est mort à 70 ans. Il était porteur d'une hernie ombilicale.

Sa mère est morte à 75 ans d'une affection du foie. Trois de ses oncles paternels étaient porteurs de hernies ombilicales.

Comme antécédents personnels: attaque de goutte, il y a 15 ans. Il y a 8 ans, troubles cardiaques. Il y a 7 ans, traces de sucre dans les urines pendant 6 mois environ.

Il y a 6 ans, à la suite d'un repos, le malade est pris d'une sorte d'indigestion accompagnée d'une violente douleur localisée en un point situé à égale distance entre l'ombilic et l'appendice xiphoïde.

A ce moment le médecin appelé constata à ce niveau un léger écoulement de la ligne blanche.

Depuis cette époque, tous les deux ou trois mois, survenaient des crises douloureuses, avec point de départ constant localisées au point sus-indiqué et caractérisées par des vomissements et des tendances à la lypothimie. Il est intéressant de faire remarquer que ces crises ne venaient qu'après les repas du soir et lorsque le malade, se mettant au lit, était dans le décubitus dorsal.

Au mois d'avril dernier eut lieu une crise à la suite de laquelle persista, pendant trois semaines, une courbature très marquée et une constipation qui n'a fait qu'augmenter depuis.

A ce moment, un chirurgien appelé constate à son tour l'écartement de la ligne blanche dans la région sus-ombilicale.

Au moins de juin, les douleurs deviennent continues et se généralisent à tout l'abdomen : les digestions sont mauvaises et la constipation est opiniâtre.

Au mois de février, il n'y a aucune amélioration, malgré tous les traitements et le port d'appareils spéciaux difficilement supportés d'ailleurs.

Le malade dit avoir perdu 14 kilogr.

Examen. — Pratiqué en février.

Le malade ne semble pas trop amaigri. Il est un peu jaunâtre, mais nullement cachectisé.

Le ventre est sensible à la palpation dans toute son étendue.

La région du cœcum, incriminée d'abord en raison de la constipation et d'un point douloureux fixe indiqué par le malade, est minutieusement examinée et ne révèle rien de particulier.

La cicatrice ombilicale est distendue, mais on n'y sent aucune trace d'épiploon adhérent.

Dans la région de la ligne blanche sus-ombilicale, on constate un écartement des muscles droits, et à 4 centim. environ de l'ombilic se trouve un point douloureux très marqué.

A ce niveau, une palpation attentive semble faire sentir la présence d'une petite masse molle, sans qu'il soit cependant possible d'affirmer son existence. Quoi qu'il en soit, la pression à ce niveau est très douloureuse, et ce n'est qu'avec difficulté que l'on procède à l'examen.

Le malade est en outre porteur de deux grosses hernies inguinales.

Jusqu'alors tous les diagnostics avaient été formulés avec hésitation : affection cœcale, néoplasme gastrique, etc.. On fait encore des réserves en ce qui concerne ce dernier, mais l'on pense surtout à l'existence d'une hernie épigastrique probablement épiploïque et on conseille l'intervention.

Opération (21 fév. 1900. M. DELAUNAY). — Asepsie de la région.

Incision verticale au niveau de la ligne médiane. Après avoir sectionné la peau et le tissu cellulaire graisseux, on constate, au niveau de la ligne blanche, une petite tumeur donnant assez bien l'impression d'un lipôme. Cette tumeur est pédiculée et son pédicule s'engage dans un orifice de la ligne blanche. Cet orifice est serré et le pédicule lui adhère. On l'agrandit en sectionnant son pourtour en haut et en bas. Après libération des adhérences, une ligature est placée sur le petit pédicule; la masse herniée, qui n'est autre chose que de l'épiploon, est réséquée. Lorsqu'on cherche à réduire le pédicule, on constate bien qu'il n'est plus adhérent au pourtour de

l'orifice, mais il reste néanmoins visible au fond de la plaie, et le doigt cherchant à le réduire éprouve de la résistance dans la profondeur. On agrandit l'incision aponévrotique en haut et l'on constate alors la présence d'un cordon, qui n'est autre chose que la veine ombilicale, entouré plus haut du ligament suspenseur et que l'on suit jusqu'au foie.

En arrière de la veine ombilicale, on constate alors la présence d'un autre plan fibreux, sur lequel venait buter le doigt cherchant à réduire le pédicule. L'idée du canal ombilical de Richet vient à l'esprit et l'on agrandit l'incision aponévrotique, cette fois en bas. On constate que ce plan fibreux postérieur persiste jusqu'à environ un centim. de l'ombilic, où il se confond avec le plan aponévrotique antérieur. On sectionne alors jusqu'à l'ombilic dont on résèque le pourtour, de façon à suturer cet anneau que l'examen avait montré ouvert. La partie supérieure du plan fibreux profond n'est pas très distinctement aperçue, mais l'on constate que le pédicule épiploïque, que l'on croyait libéré, adhère à sa face antérieure, et on ne le réduit qu'après avoir détruit les adhérences. Cette frange épiploïque pénètre dans le ventre par un orifice qui est supérieur environ de 2 centim. à celui de la ligne blanche. On sectionne le plan fibreux postérieur doublé du péritoine, et on a alors devant soi la cavité abdominale largement ouverte.

On prend, dans un premier surjet au catgut, le péritoine doublé du fascia umbilicalis, et l'aponévrose postérieure du muscle.

Un second surjet réunit les bords musculaires.

Troisième surjet sur les feuillets aponévrotiques antérieurs.

Suture de la peau et drainage.

Suites opératoires. — 28 févr. — 1^{er} pansement. — Hématome. On le vide. Pansement humide.

2 mars. — 2^e pansement. — Léger suintement purulo-sanguin qui disparaît le 4^o mars, époque à laquelle on retire le drain et les fils.

Le malade part de chez lui le 25 mars.

Depuis l'intervention, le point douloureux épigastrique a disparu. Aucune douleur. Les selles sont redevenues régulières.

Cette observation est intéressante à plus d'un point de vue. Elle montre nettement qu'en dehors des hernies ombilicales directes se produisant, comme nous le verrons,

par le pôle supérieur de l'ombilic, il peut exister, comme l'a dit RICHER, une variété oblique, dans laquelle l'épiploon ou l'intestin (celui-ci rarement) sortent du ventre à travers une éraillure du fascia umbilicalis à plusieurs centimètres au-dessus de l'ombilic, pour cheminer ensuite dans le canal ombilical et venir faire saillie à l'ombilic. Dans notre cas, il s'agit d'une hernie épigastrique. Mais il est évident, d'après ce qui précède, que toute hernie ombilicale oblique est épigastrique à un moment de son évolution. Si des adhérences fixent l'épiploon dans cette situation, elle restera épigastrique. Si l'épiploon glisse librement, elle deviendra ombilicale. Notre hernie épigastrique peut donc être considérée comme une ombilicale oblique arrêtée dans son évolution, par suite de la formation d'adhérences.

Nous avons vu que l'épiploon était libre dans la gouttière ombilicale, et qu'il n'y avait pas trace de sac péritonéal. Cette constatation semblerait, au premier abord, confirmer l'opinion des auteurs qui ont nié l'existence d'un sac dans la hernie ombilicale. Mais si ce sac n'est pas visible, il a existé néanmoins : l'épiploon en était coiffé lors de son engagement à travers l'orifice du fascia umbilicalis. Or, par suite de l'étroite union entre le péritoine et ce fascia, le sac ici ne se forme pas comme dans les autres hernies par glissement, mais par distension. Il arrive donc à acquérir une minceur extrême, et adhère solidement et rapidement aux bords de la gouttière ombilicale, ce qui explique qu'on l'ouvre, sans s'en apercevoir, en incisant la paroi de celle-ci.

Nous avons déjà vu les déductions symptomatologiques qui résultent de cette observation. D'autre part, les anté-

técédents héréditaires du malade présentent un intérêt particulier. Son père était porteur d'une hernie ombilicale et trois de ses oncles paternels sont atteints de la même affection. Doit-on admettre une prédisposition congénitale, se manifestant sous forme d'une conformation anatomique et histologique spéciale, créant une véritable réceptivité herniaire ? Nous croyons que oui. Ce qui tendrait à le prouver d'ailleurs, c'est que, outre sa hernie épigastrique, notre homme présentait un anneau ombilical élargi et relâché, et qu'il est porteur de deux volumineuses hernies inguinales. Ces considérations sont également très en faveur de l'opinion de M. BERGER, qui fait de la hernie épigastrique une hernie de faiblesse. Cette notion pathogénique est indéniable dans le cas actuel.

Cette variété de hernie épigastrique est le premier pas fait vers l'omphalocèle, et nous sert de transition toute naturelle pour aborder l'étude clinique des hernies ombilicales.

CHAPITRE II

Hernies Ombilicales

1. — CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES

L'ombilic ou nombril est, chez le fœtus, un orifice vasculaire percé dans la ligne blanche, autour duquel s'insère le cordon et qui laisse passer dans son centre les artères et la veine ombilicales. Après la chute du cordon et dès le dixième jour après la naissance, les vaisseaux sont oblitérés et un bouchon cutané ferme l'orifice abdominal vide (1).

Le plan horizontal de l'ombilic passe en arrière au niveau de la troisième lombaire, sur les côtés un peu au-dessus de la crête iliaque. Verticalement, il est situé sur le trajet de la ligne blanche, à peu près à égale distance du bord supérieur de la symphyse pubienne et du sommet de l'appendice xiphoïde. On le trouve au-dessus chez l'enfant qui vient de naître, au-dessous, chez l'adulte.

1. *Sur la face cutanée.* — L'ombilic a l'aspect d'une dépression d'autant plus profonde que le sujet est plus gros, affectant la forme d'un croissant à concavité supérieure d'autant plus marqué que le tissu adipeux sous-cutané de la peau de la paroi abdominale est plus développé.

(1) POIRIER, Traité d'Anatomie.

II. *Sur la face péritonéale.* — L'ombilic est marqué par le point de réunion de quatre cordons fibreux, dont un descendant (veine ombilicale) et trois ascendants (2 artères ombilicales et l'ouraque) qui déterminent la formation de replis péritonéaux partant de l'ombilic.

Sur une coupe antéro-postérieure, on peut remarquer cinq plans :

- 1° Peau et couche grasseuse sous-cutanée ;
- 2° Fascia superficialis ;
- 3° Aponévrose ou anneau ombilical (plan fibreux) ;
- 4° Fascia umbilicalis ;
- 5° Péritoine.

1° *Peau et couche grasseuse sous-cutanée.* — La peau est mince et adhère intimement au noyau fibreux cicatriciel. La cicatrice cutanée comprend :

- a) Un bourrelet.
- b) Un sillon ombilical.
- c) Le mamelon ou papille portant une cicatrice blanche ou foncée.

La couche grasseuse sous-cutanée s'arrête au pourtour de l'anneau.

2° *Fascia superficialis.* — Il vient mourir insensiblement sur les bords de la cicatrice ombilicale, en se confondant avec le noyau fibreux cicatriciel.

3° *Plan fibreux.* — Il comprend trois parties :

- a) Le contour fibreux de l'anneau ;
- b) Le noyau fibreux cicatriciel ;
- c) Un peloton adipeux.

a) *Le contour fibreux de l'anneau ombilical* est formé aux dépens de la ligne blanche. Dans l'ensemble, « sa forme

est celle d'une gueule de four dont la partie cintrée est en haut, et la partie droite en bas » (BLONDEL).

Il est formé par l'entrecroisement de rubans fibreux qui dépendent de l'aponévrose abdominale.

b) *Le noyau fibreux cicatriciel* résulte de la fusion en un tissu inodulaire du derme et d'un cordon fibreux, dans lequel on peut, chez l'enfant, retrouver le vestige de l'ouraque et des vaisseaux ombilicaux. Ce noyau est attiré en bas dès le début et contracte des adhérences avec la moitié inférieure de l'anneau.

c) *Le peloton adipeux* est faiblement attiré en haut, au contraire, par le cordon unique de la veine ombilicale. Donc, les trois quarts inférieurs de la gouttière ombilicale sont formés par un noyau fibreux résistant, tandis que le quart supérieur n'est obturé que par un peu de graisse faiblement adhérente, dont le développement chez les obèses concourt à dilater l'anneau qui restera perméable dans sa partie supérieure s'il survient un amaigrissement rapide et considérable résorbant ce peloton graisseux. Cette disposition anatomique joue un grand rôle dans la production des hernies ombilicales.

L'anneau est traversé par les deux artères ombilicales, l'ouraque et la veine ombilicale. De la réunion des trois premières, résulte le noyau fibreux que nous venons d'étudier. Au peloton graisseux est faiblement adhérente la veine ombilicale.

4° *Fascia umbilicalis*. — C'est une lamelle fibreuse doublant le péritoine au voisinage de l'anneau. RICHET le compare au fascia transversalis de la région inguinale et lui assigne le même rôle. Au bord des muscles, il se con-

fond avec le feuillet postérieur de leur gaine aponévrotique.

3° *Péritoine*. — La peau et le péritoine adhèrent intimement au pourtour de l'anneau, de telle sorte qu'au centre les deux membranes sont en contact. A ce niveau, la paroi abdominale est d'une extrême minceur, d'où sa rupture facile (ascite, péritonite purulente, fistules urinaires, hépatiques, sorties d'ascaris):

Au voisinage de l'anneau, les artères ombilicales et l'ouraque sont collés à la paroi par la séreuse et ne font qu'un relief peu sensible tandis que la veine la détache, s'en formant un repli triangulaire falciforme obliquement dirigé en haut et à droite pour gagner la face inférieure du foie. Il y a donc quatre faux péritonées :

La grande faux formée par la veine ombilicale ;

Trois petites faux résultant de l'ouraque et des deux artères ombilicales.

Cet aperçu anatomique rendra plus facile l'explication du mode de production des hernies ombilicales, et, dans une certaine mesure, de quelques points de leur symptomatologie et de leur traitement.

2. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET ÉTIOLOGIE

La hernie ombilicale est constituée par toute tumeur en rapport avec l'ombilic et contenant dans son intérieur un ou plusieurs viscères de l'abdomen (DUPLAY).

On distingue :

1° La hernie ombilicale congénitale ;

2° La hernie ombilicale des nouveau-nés et des enfants ;

3° La hernie ombilicale des adultes.

La hernie congénitale comprend elle-même :

La hernie de la période embryonnaire résultant d'un développement incomplet des parois abdominales.

La hernie de la période fœtale, due, comme dans les autres variétés, à ce que la cicatrice ombilicale s'est laissé forcer.

La hernie ombilicale des nouveau-nés et des enfants se rapproche des hernies congénitales (2^e variété) par leur évolution vers la question spontanée, et des hernies de l'adulte par leur mode de formation.

Nous laisserons de côté dans ce travail les deux premières variétés pour ne nous occuper que des hernies de l'adulte, sur lesquelles portent toutes nos observations.

Comment se fait la sortie de la hernie? Pendant longtemps, on a cru que les viscères se créaient une voie de sortie en dehors de l'anneau, et on donnait à ces lésions le nom de para-ombilicales. C'est J.-L. PETIT qui lança cette affirmation. Il fut suivi par RICHTER, SEMMERING, etc. Mais COOPER, CRUVEILHIER, puis GOSSELIN, GERDY, DUPLAY établissent nettement la distinction, et actuellement on reconnaît que les hernies para-ombilicales existent, mais qu'elles sont exceptionnelles, tandis que les hernies ombilicales sont très communes.

En ce qui concerne la marche des hernies ombilicales, nous rappelons pour mémoire ce que nous avons dit dans la première partie de notre travail au sujet de la théorie de M. RICHTER, basée sur l'existence d'un véritable trajet ombilical. Elle nous a servi pour une observation curieuse de hernie épigastrique. Nous répétons qu'en ce qui a trait

aux hernies ombilicales, elle est combattue en particulier par M. TILLAUX.

Nous avons vu qu'au pôle supérieur de l'ombilic, il existe un point faible, où la cicatrice n'est pas renforcée comme en bas par l'existence de trois cordons fibreux. La sortie habituelle de l'omphalocèle se fait donc à la partie supérieure de l'anneau, au-dessus de la veine ombilicale. Cet anneau peut se laisser dilater d'une façon considérable, mais cependant on peut le trouver beaucoup plus petit que ne le ferait supposer le volume de l'exomphale, ainsi qu'on peut en avoir une preuve dans la première de nos observations. Elle concerne en effet une hernie atteignant le volume d'une tête d'adulte, contenant presque la totalité de l'intestin grêle, avec une masse d'épiploon, le cœcum, le côlon ascendant et une partie du côlon transverse. Or, tous ces viscères avaient trouvé passage par un anneau ne présentant guère que les dimensions d'un petit rond de serviette.

Comme toutes les hernies, l'ombilicale comprend un sac et un collet. Le premier a été longtemps contesté (J.-L. PETIT, RICHTER); mais il est généralement admis maintenant. Le collet prend la forme de l'orifice de passage et adhère la plupart du temps assez intimement à cet orifice.

La hernie ombilicale est infiniment plus fréquente chez la femme que chez l'homme. D'après la statistique de M. BERGER, sur 10.000 cas, la hernie ombilicale chez l'homme représente à peine 5.46 0/0. Pour notre compte personnel, nous avons eu l'occasion de voir opérer en deux ans plus de 900 malades. Les 12 observations d'omphalocèles opérées, prélevées sur ce nombre, ne concernent exclusivement que des femmes; nous n'en

avons jamais observé chez le sexe masculin. La hernie ombilicale, dans dix de nos observations, existait toujours seule, sans autres lésions similaires; dans un cas, il y avait coexistence d'une hernie crurale (observation III); dans un autre, coexistence d'une hernie épigastrique (observ. XII). Nous l'avons trouvée d'autre part beaucoup plus fréquente que la hernie crurale et par conséquent que la hernie inguinale.

Il est vraisemblable qu'il faut faire remonter à l'enfance l'origine de la plupart des hernies ombilicales observées chez l'adulte. Une petite pointe de hernie infantile incomplètement guérie est probablement le point de départ de presque tous les exomphales. Il est rare, d'après MALGAIGNE, que les hernies ombilicales des adultes se produisent à la suite d'un effort; elles se font lentement, doucement et spontanément, comme les hernies de faiblesse. C'est ce qui explique leur rareté, comparativement à celle des orifices inguinaux et cruraux, où la hernie de force apparaît fréquemment.

Mais des causes occasionnelles viennent déterminer l'accroissement plus ou moins rapide de la hernie qui n'existait pour ainsi dire qu'à l'état virtuel. Ces causes sont spéciales à la femme, et, de toutes, la grossesse et l'accouchement sont incomparablement les plus fréquentes. Chaque grossesse imprime en quelque sorte une poussée à leur accroissement. Pour M. BERGER, la proportion des femmes ayant eu des enfants est de 88 0/0 parmi celles qui ont des hernies ombilicales. Sur les 12 cas rapportés au cours de ce travail, 2 femmes seules n'ont eu ni accouchement, ni fausse couche, ce qui donne une proportion de 85 0/0 pour celles qui ont eu des enfants. De plus, pour ces

10 malades, les grossesses ont été multiples. On doit remarquer que chez la totalité de nos sujets l'existence de la hernie n'a été reconnue que très tard, en général à l'occasion d'une grossesse.

En dehors de cette dernière, il faut évidemment faire jouer un rôle étiologique à toutes les causes pathologiques qui augmentent la tension abdominale et exagèrent la pression des viscères abdominaux sur les parois du ventre. Telles sont l'ascite, les tumeurs de l'abdomen ou du bassin. Nous n'avons aucune observation s'y rapportant.

Lorsque l'anneau est dilaté, et que la pointe de hernie est formée, les efforts, la toux, les cris, la station debout et la pesanteur interviennent pour augmenter le développement de l'exomphale.

Presque tous les sujets atteints de hernie ombilicale deviennent obèses quand l'obésité n'est pas déjà préexistante au développement de la tumeur. C'est ainsi que, sur nos 13 malades, toutes sans aucune exception étaient atteintes d'adipose avec parois ventrales étalées, flasques et extrêmement épaisses. L'une atteignait le poids respectable de 280 livres; la plus mince en apparence pesait 186 livres.

Le volume de la hernie ombilicale est extrêmement variable. La plus considérable que nous ayons observée représentait les dimensions d'une tête d'adulte. La plus petite se présentait comme une saillie du volume d'une noix. Entre ces deux extrêmes, tous les intermédiaires existent.

D'après ce que nous avons déjà dit, il est indéniable que l'omphalocèle comprend, comme toute hernie, un sac péritonéal. A la périphérie, ce sac très mince n'est plus

séparable des autres enveloppes de la hernie (peau et tissu cellulaire sous-cutané) à mesure qu'on se rapproche de la partie rétrécie, il double un sac fibreux souvent très résistant qu'il y aura avantage à disséquer avec lui.

Ce sac est souvent divisé en alvéoles plus ou moins nombreuses et profondes qui s'infiltrant en quelque sorte sous les couches de la paroi abdominale (1). En les disséquant, on se rend compte de cette disposition étalée, qu'affectent quelques-unes de ces hernies qui contiennent une grande quantité de viscères, alors qu'à la palpation d'une paroi grasse et très épaisse il était impossible de se représenter l'importance des viscères herniés. C'est ce qui explique que la hernie ombilicale est souvent beaucoup plus volumineuse qu'elle ne le paraît. A propos de la symptomatologie, nous montrerons un mode d'exploration qui permet parfois de déceler ces variétés d'exomphales, et nous verrons également plus loin quel principe général découle de ces considérations en ce qui concerne le mode opératoire.

Les viscères herniés sont variables. Jamais un sac d'omphalocèle n'est déshabité. On trouve principalement l'épiploon, ainsi que le montrent plusieurs de nos observations, et l'intestin grêle en plus ou moins grande quantité. Mais, dans les grosses hernies, le contenu est plus complexe. Dans la première de nos observations, ainsi que nous l'avons déjà dit, le sac contenait une masse d'épiploon, presque tout l'intestin grêle, le cœcum et l'appendice, le côlon ascendant et une portion du côlon transverse. La cavité abdominale était en quelque sorte déshabitée.

(1) LUCAS CHAMPIONNIÈRE. Cure radicale des hernies.

Dans la majorité des exomphales, le contenu adhère étroitement au sac. C'est un fait surtout remarquable dans les hernies volumineuses. Dans nos douze observations, nous avons toujours constaté l'existence de ces adhérences. Elles compliquent forcément un temps de l'intervention. C'est pour parer à cet inconvénient que notre chef de service, M. le D^r DELAUNAY, a eu l'idée d'imaginer un procédé d'éversement du sac, que nous rapporterons à l'article du traitement.

3. — SYMPTOMATOLOGIE ET TRAITEMENT

D'après M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, la hernie ombilicale est une des infirmités les plus pénibles que l'on puisse rencontrer. Cette assertion est vraie en ce qui concerne les volumineuses omphalocèles, mais on peut dire d'une façon générale que les petites hernies n'occasionnent que peu ou pas de douleurs. C'est ainsi que, chez les 12 femmes que nous avons observées, trois seulement ont présenté des crises douloureuses. Il s'agit alors d'épiplocèles très adhérentes, dans lesquelles l'épiploon, à l'occasion de fatigues, d'efforts, de marche exagérée ou quelquefois spontanément, réagit en déterminant des crises en général intermittentes, variables dans leur intensité, pouvant même s'accompagner de ballonnement du ventre, de nausées, de vomissements, de polyurie même, ainsi qu'en fait foi une de nos observations. On peut voir également des troubles réflexes divers, tels que névralgies douloureuses, flatulences après les repas, constipation opiniâtre dont le malade, souvent, ne soupçonne pas la véritable origine. On peut même affirmer que, plus la

hernie est de faible volume, et plus elle a de tendances à être douloureuse, et que, parfois même, la symptomatologie seule met sur la voie d'un exomphale dont l'examen clinique n'aurait pas révélé la présence, surtout chez des femmes très grasses. On peut cependant poser en principe que, d'une façon générale, la hernie ombilicale n'atteignant que de faibles dimensions fait son évolution sans fracas, sans douleurs et reste très supportable. La douleur étant chez tout malade, à peu d'exceptions près, l'élément sur lequel se base toute détermination de sa part, on comprend ainsi comment certains sujets assistent, impassibles, à l'évolution de la hernie jusqu'à ce qu'elle ait acquis un volume considérable. C'est alors que le tableau clinique change et que l'omphalocèle constitue une véritable infirmité. Elle devient difficile ou impossible à contenir. Le poids même de la tumeur est insupportable, outre qu'il y a formation d'adhérences multiples exposant alors le malade à des accès douloureux plus ou moins répétés et d'intensité variable. Il est remarquable, en effet, comme nous l'avons déjà dit, que, tandis que les autres variétés de hernies peuvent longtemps persister sans faire d'adhérences, c'est un fait exceptionnel que celui d'une hernie ombilicale de quelque volume sans adhérences. Nous en avons toujours constaté.

La tumeur est également exposée à toutes les pressions et irritations pouvant donner lieu à des excoriations nombreuses, eczéma, impétigo, avec sécrétions plus ou moins fétides, pouvant même, chez le vieillard, être le point de départ de gangrènes partielles du sac. Il résulte pour le sujet l'impossibilité d'accomplir des efforts réguliers, d'où augmentation de l'obésité, ainsi que nous le

rapportaient les malades dont les observations suivent. Conséquence logique, ces hernieux ont également une tendance à l'emphysème ou à la congestion pulmonaire, pouvant, après l'intervention, par suite de l'anesthésie et du décubitus dorsal, être le point de départ d'accidents graves. Nous en avons une preuve évidente dans la première de nos observations. M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE a signalé également la survenue du diabète et de l'albuminurie (observ. I).

L'étranglement de la hernie ombilicale est beaucoup moins à craindre que celui des autres hernies. Sur 100 cas d'étranglement, BRYANT n'a trouvé que 6 ombilicales. Une de nos malades (observ. I) a présenté, à plusieurs reprises, des accidents d'étranglement, allant jusqu'aux vomissements fécaloïdes. Il est à remarquer que ces phénomènes ne se sont produits que tant que la hernie a eu un petit volume. Sitôt qu'elle a eu acquis des proportions plus considérables, tout symptôme de ce genre a disparu.

La hernie ombilicale se présente avec des apparences très diverses. Nous n'en ferons pas la description détaillée, les observations qui suivent constituant un tableau clinique presque complet. Il peut y avoir simple élargissement de l'anneau, ou légère saillie plus accusée, ou enfin énorme sac descendant jusqu'au pubis.

Nous verrons les signes fournis par la palpation et la percussion. Un point cependant doit nous arrêter, d'autant que nous n'avons pas d'exemple à fournir à ce sujet. C'est en ce qui concerne les hernies dont le sac et le contenu s'étalent sous la paroi au pourtour de l'anneau, et dont nous avons parlé au chapitre précédent. Pour évi-

ter une erreur de diagnostic et préciser autant que possible les limites de la tumeur herniaire, une manœuvre est essentielle. On place les deux mains à plat sur le ventre, des deux côtés opposés de l'exomphale, suffisamment en dehors de ses limites apparentes. Puis on les ramène l'une vers l'autre, vers la base de la tumeur, en glissant sur la paroi du ventre et en exerçant sur elle une pression assez forte. Au moment où l'un des bords palmaires atteint les limites du sac, on perçoit un brusque ressaut en même temps que la malade accuse une douleur plus ou moins vive. La hernie a pu se réduire partiellement, mais il arrive un moment où les adhérences fixent le sac et son contenu, et la main, combattant cette résistance, bute sur le bord du sac. Cette sensation s'obtient d'autant mieux que, la plupart du temps, ces hernies à diverticules ou étalées, sont très adhérentes et peu réductibles. Il est évident que ce moyen de diagnostic n'est pas rigoureusement sûr, et que bien souvent cette variété d'omphalocèle est une trouvaille d'opération.

En résumé, la hernie ombilicale devient toujours une infirmité pénible, exposée aux complications, pouvant même devenir incurable. D'où, conclusion naturelle : *En principe, la hernie ombilicale de l'adulte doit être opérée.*

Dans sa remarquable thèse, Dauriac (1) fait un historique complet des méthodes employées de tous temps dans la cure de la hernie ombilicale. Nous n'avons pas la prétention de refaire au long ce travail. Nous nous bornons à l'énumération des procédés.

(1) DAURIAC, thèse de Paris, 1896.

1^o Procédés anciens

Dans les temps les plus reculés de la médecine on trouve les premières notions relatives à la cure opératoire de l'omphalocèle.

Mais alors, pendant longtemps, les procédés se résumaient à :

1^o La réduction, ligature circulaire autour du pédicule et traitement par sphacèle (Bichat).

2^o La ligature en chaîne en traversant le pédicule.

3^o Les injections dans le sac de substances caustiques (VELPEAU, MAISONNEUVE, RICORD, GOSSELIN).

4^o L'acupuncture (MAJOR, MALGAIGNE, BONNET).

5^o Les injections irritantes dans les tissus environnants (LUTON, SCHWALBE).

2^o Procédés nouveaux

On peut les ranger en deux groupes principaux :

1^o Un premier comprenant les procédés qui respectent l'ombilic on se contente d'aviver les bords.

2^o Un second où l'on pratique l'*omphalectomie*.

I. PREMIER GROUPE. — Il comprend :

1^o *Premier procédé de M. Lawson Tait.* — Ouverture du sac. Réduction des viscères. Avivement des bords de l'anneau et suture à la soie.

2^o *Deuxième procédé de M. Lawson Tait.* — Dédoublément de l'anneau en deux plans : l'un supérieur fibro-cutané, l'autre inférieur fibro-péritonéal. — Suture distincte.

3^o *Procédé de M. Lucas-Championnière.* — Dissection du sac jusqu'au-delà de l'orifice ombilical. Ligature et réduction de sac. Suture à trois étages.

4° *Procédé de M. le professeur Berger.* — Il est identique au précédent avec dissection minutieuse du sac au point de jonction avec le pourtour de l'orifice ombilical que l'on débride. M. BERGER pratique même parfois l'omphalectomie.

5° *Procédé de M. le professeur Terrier.* — Transformation de l'anneau ombilical normalement circulaire en orifice losangique ou ovalaire, et réunion au catgut et au crin.

6° *Procédé de M. Routier.* — Réduction des viscères. Dissection du sac au delà de son collet. Ligature au-dessous du collet. Réunion par un seul plan de suture embrassant toute l'épaisseur de la paroi abdominale, y compris le péritoine.

7° *Procédé de Gersuny.* — Suture de l'anneau herniaire ; puis, ouverture de la gaine des droits et réunion des muscles.

8° *Procédé de M. Quénu*(1). — Il présente des analogies avec le précédent, mais les opérations de M. QUÉNU sont bien antérieures à leur publication.

Incision de la peau, des enveloppes et du sac.

Réduction des viscères, après destruction des adhérences et même résection.

Dissection du sac et résection au niveau du collet.

Réunion des deux plans séro-fibreux de chaque côté.

Des deux côtés, ouverture de la gaine des grands droits.

Réunion des lèvres aponévrotiques internes.

Réunion des bords musculaires.

Réunion des lèvres aponévrotiques externes.

(1) QUÉNU, *Gazette médicale des hôpitaux de Paris*. Déc. 1893.

Réunion des couches superficielles.

II. DEUXIÈME GROUPE. — *Omphalectomie.*

1° *Procédé de M. le professeur Tillaux.* — En 1877, M. TILLAUX a conseillé l'incision ovalaire, la résection de l'anneau, et le rapprochement des lèvres de la plaie comme pour une laparotomie, par suture en masse.

2° *Procédé de M. Pozzi.* — En 1880, M. Pozzi agit de même, mais emploie la suture à plusieurs plans et la suture des téguments intra-dermiques.

3° *Procédé de M. Hartmann.* — Il fait l'omphalectomie avec suture à trois étages.

4° *Procédé de Condamin (1).* — 1° Incision elliptique circonscrivant la tumeur des deux côtés, et ne comprenant que la peau et la graisse sous-cutanée.

2° Arrivé à l'aponévrose, d'un seul côté seulement, incision du muscle, de sa gaine aponévrotique y compris le feuillet profond et du péritoine.

3° Le sac est alors ouvert ; on en libère le contenu, on résèque l'épiploon.

4° On complète du côté opposé en sectionnant avec des ciseaux, et en ayant soin d'ouvrir ainsi la gaine des droits.

5° Suture à trois étages.

Ce procédé commence par viser la restauration de la paroi. Ce n'est que secondairement que l'on s'occupe de la hernie. C'est le procédé recommandé par M. le professeur BERGER.

5° *Procédé de M. le professeur Le Dentu.* — 1° Incision médiane et longitudinale couche par couche jusqu'à la paroi du sac.

(1) CONDAMIN, *Archives provinciales de Chirurgie*, 1892.

2° Ouverture du sac et de ses diverticules s'il y en a.

3° Résection de l'épiploon après ligature en chaîne.

4° Omphalectomie. Résection des pourtours fibreux de l'ombilic, sous forme de deux triangles, l'un supérieur, l'autre inférieur, de façon que la plaie faite à la paroi ait la forme d'un losange allongé. — Résection de chaque côté d'un lambeau semi-ellipsoïde des couches superficielles.

5° Suture profonde péritonéo-fibro-musculaire à l'aide d'un gros catgut. — Suture superficielle cutanée. — Drainage.

6° *Procédé de Dauriac* (1). — Entrecroisement partiel des droits. Deux malades ont été opérés avec succès par ce procédé.

7° *Procédé employé dans les douze cas qui suivent.* (D^r DELAUNAY). — Le procédé employé couramment chez nos douze malades, et dont le type se trouve réalisé dans la première de nos observations tient, à la fois, et des procédés du premier groupe et de ceux du second. C'est ainsi que toujours l'incision elliptique, suivie d'une omphalectomie plus ou moins étendue, a été la méthode de choix. D'autre part, le procédé de restauration de la paroi a été celui décrit par M. QUÉNU, par cinq plans de sutures superposés.

Mais il existe un temps intermédiaire que nous n'avons vu décrit nulle part, destiné à faciliter une des manœuvres délicates de l'intervention et dont nous sommes redevables à notre chef de service, M. le D^r DELAUNAY, chi-

(1) DAURIAC, Thèse de Paris, 1896.

rurgien de l'hôpital Péan. Ce procédé a fait l'objet d'une communication au Congrès de Chirurgie de 1898.

Nous avons vu que, dans la hernie ombilicale, les adhérences des viscères herniés aux parois du sac étaient la règle, et qu'elles n'avaient jamais manqué dans les douze cas que nous publions. Nous devons dire que, plus la hernie est volumineuse, et plus seront considérables les adhérences; ce qui s'explique par ce fait que la grosse hernie est en général ancienne de date, et de plus exposée à des frottements, des contusions, des traumatismes de tous genres. L'incision longitudinale médiane nous semble dans pareil cas défectueuse. Après l'ouverture du sac, on se trouve à l'entrée d'une cavité profonde, anfractueuse, en entonnoir (l'anneau ombilical étant toujours moins large que l'orifice cutané), remplie de viscères, épiploon et anses intestinales, adhérents de toutes parts. Comment en pareil cas libérer facilement ces adhérences, soit au niveau du sac, soit au niveau du collet? Comment faire facilement la part de ce qui est l'épiploon à réséquer et l'intestin à réduire?

L'incision elliptique détachant une calotte assez large et permettant l'incision circulaire du sac péritonéal à la base de la tumeur et l'ablation de tout le lambeau péritonéal formant le revêtement interne de la calotte ainsi détachée, met largement sous les yeux la totalité des viscères herniés et en permet la libération et la réduction méthodiques. Et même l'incision elliptique étant faite, intéressant la peau et le tissu cellulo-grasieux sous-jacent, le sac étant ouvert circulairement en suivant les bords de l'anneau, si, à ce niveau, c'est-à-dire au niveau du pédicule herniaire, le champ se trouve dégagé et la libération

des adhérences à l'anneau possible, on ne comprend pas comment il sera facile de remonter de ce point vers le centre superficiel de la tumeur pour y dégager en quelque sorte à l'aveuglette les adhérences existant. Fendre à ce moment la calotte, soit aux ciseaux soit au bistouri, serait une manœuvre dangereuse. On risquerait de blesser une anse d'intestin étroitement fixée à la paroi, comme cela peut se rencontrer.

C'est pour parer à cette difficulté que M. le D^r DELAUNAY a imaginé le procédé d'*éversion du sac*. Après incision circulaire du sac, on commence par réduire dans le ventre tout ce qui est susceptible d'y rentrer. Puis le champ opératoire est bordé de compresses. Saisissant et relevant les bords de la calotte, pendant que l'on exerce en son centre une pression en sens inverse, on la retourne en doigt de gant, face cutanée en dedans, de façon à en vider en quelque sorte le contenu. Si l'on éprouve quelque résistance à cette manœuvre, il suffit, en un ou deux pôles de la poche, de donner prudemment deux coups de ciseaux libérateurs, dans le sens du rayon. On saisit alors dans les mors d'une pince de Museux les bords de la bourse ainsi éversée, et un aide, tirant verticalement en haut, tend les adhérences que l'on a sous les yeux et dont la libération et la ligature sont des plus faciles.

Ce procédé imaginé pour les très grosses hernies ombilicales, et en quelque sorte essentiel en pareil cas, a été, depuis, systématiquement employé pour tous les exomphales faisant une saillie appréciable. Dans les cas de petites hernies, le délabrement chirurgical dépasse toujours très largement les limites de l'exomphale avec ablation de lambeaux elliptiques cutanéograsseux variant du

poids de 250 à 350 grammes et transformant la cure en une véritable laparotomie. On doit d'ailleurs ériger en règle générale que l'incision elliptique doit toujours dépasser largement les limites apparentes de la tumeur, afin de se défier des hernies étalées sous la paroi, dont le diagnostic, comme nous l'avons vu, est rien moins que facile, et sur le sac desquelles on tomberait infailliblement sans cette précaution préalable.

En résumé, le procédé employé dans le service de M. le D^r DELAUNAY peut se résumer ainsi :

1° Incision commençant à 2, 3 ou 4 travers de doigt au-dessus de la tumeur, la contournant à droite, et rejoignant la ligne médiane pour se terminer à 2, 3 ou 4 travers de doigt au-dessous. — Même ligne d'incision courbe du côté opposé. Cette incision comprend la peau, le tissu cellulaire graisseux jusqu'à l'aponévrose superficielle du muscle. On dissèque alors de dehors en dedans, en glissant sur cette aponévrose jusqu'à l'anneau et au sac.

2° Une boutonnière est faite au sac sur le pourtour de l'anneau. Sur le doigt introduit alors comme conducteur, aux ciseaux, on ouvre circulairement le sac sur toute son étendue.

3° Eversement du sac, comme il a été précédemment décrit. — Libération des adhérences intestinales et épiploïques. Ligature de l'épiploon et résection partielle au besoin. Ablation de la calotte périphérique. Destruction des adhérences au niveau de l'anneau. Réduction de la hernie, pendant que l'on maintient les deux bords de l'anneau fixés à l'aide de deux pinces.

4° Omphalectomie. Deux coups de ciseaux en haut et

en bas transforment en une ellipse l'anneau dont le pourtour est réséqué aux ciseaux.

5° Premier surjet de catgut sur ce plan séro-fibreux, en faisant porter les points de suture un peu en dehors des bords libres, de façon à ce que ceux-ci se trouvent repliés en dedans.

6° Par une incision longitudinale de chaque côté, à un travers de doigt de la ligne médiane, ouverture de la gaine des droits.

7° Deuxième surjet de catgut sur les lèvres aponévrotiques postérieures.

Troisième surjet sur les bords musculaires.

Quatrième surjet sur les lèvres aponévrotiques antérieures. (Ces deux derniers temps sont quelquefois confondus en un seul.)

Suture des téguments, au crin de Florence, en plaçant deux ou trois points profonds de soutien, à la soie. Au besoin, drainage.

Nous devons dire que ce procédé nous a donné toujours d'excellents résultats. Nous avons récemment pris des nouvelles de 7 de nos malades qui toutes sont enchantées de leur état. Deux autres se sont présentées à la consultation, l'une six mois, l'autre un an et demi après l'intervention. Leur cicatrice était parfaite.

La mortalité a été nulle.

4. — OBSERVATIONS

OBSERVATION I (*inédite*)

(M. DELAUNAY).

Enorme hernie ombilicale, du volume d'une tête d'adulte contenant une masse d'épiploon, la presque totalité de l'intestin grêle, le cœcum et l'appendice, le côlon ascendant et une portion du côlon transverse.

M^{me} C..., 51 ans, mariée.

Pas d'antécédents héréditaires ni collatéraux intéressants.

Constitution robuste.

Réglée à 10 ans.

Mariée à 16 ans; à 17 et 19 ans deux accouchements à terme: l'un suivi d'infection puerpérale et de pyo-salpinx.

Depuis 3 ans, règles à caractères hémorragiques.

La hernie date du 2^e accouchement, par conséquent elle existe depuis 32 ans. Alors qu'elle était peu volumineuse, elle a occasionné à cinq ou six reprises différentes des accidents d'étranglement, allant jusqu'aux vomissements fécaloïdes. Ces accidents ont disparu à mesure que la hernie se développait.

L'accroissement de volume a été lent tout d'abord. Depuis 6 mois, l'évolution s'est faite beaucoup plus rapidement. Depuis cette époque seulement, la malade accuse des tiraillements douloureux, des sensations gênantes de poids. Il y a eu irritation des téguments et, à la suite de tous ces symptômes, impotence fonctionnelle presque complète.

Examen. — Femme énorme pesant 280 livres.

Le ventre mesure 1 m. 32 par l'ombilic. La tumeur herniaire est du volume d'une tête d'adulte. De l'ombilic au pubis, la mensuration donne 58 cent. L'axe transversal de la tumeur mesure 32 centim.

A la percussion, alternance de zones de sonorité et de matité.

A la palpation, tumeur nullement réductible, molle dans son ensemble avec parties plus dures roulant sous les doigts. La peau à son niveau est amincie, transparente et rouge; au toucher vaginal, gros utérus fibromateux.

Cœur gras; aux poumons: râles bilieux et emphysème pulmonaire avec expiration prolongée.

Traces d'albumine dans les urines; après huit jours de régime lacté absolu, cette albuminurie disparaît.

Dyspnée marquée dans le décubitus dorsal. Pas d'œdème des membres inférieurs.

Opération (19 octobre 1899. M. le Dr. DELAUNAY). — Nous en avons décrit tous les temps au chapitre précédent. Le sac contient, outre une énorme quantité d'épiploon, une grande partie de l'intestin grêle, le cœcum et l'appendice, le côlon ascendant et une partie du côlon transverse, le tout fixé étroitement par des adhérences multiples.

Il y avait ceci de remarquable que toute cette masse de viscères avait trouvé une issue par un anneau ne dépassant pas les dimensions d'un petit rond de serviette. Aussi les manœuvres de réduction ont-elles été assez pénibles.

On a été obligé de débrider largement l'anneau, en haut et en bas, pour permettre la rentrée des viscères.

Omphalectomie.

Suture à cinq étages.

Drainage.

Suites opératoires. — Au point de vue local, elles ont été très simples. Pendant quinze jours, écoulement par l'angle inférieur de la plaie d'une certaine quantité de liquide sanguinolent, roussâtre.

Ce qu'il y a de remarquable, c'est que la brusque réduction dans le ventre d'une masse d'intestin qui, depuis longtemps, ne l'habitait plus, n'a jamais, dans les jours qui ont suivi l'intervention, déterminé aucune colique, même à l'occasion des purgations et des selles.

Le 30 octobre, les fils sont enlevés.

Le 6 novembre, la guérison est complète.

Pendant tout le séjour au lit, la malade, obligée au décubitus dorsal, souffre beaucoup, et présente de la dyspnée.

Le 4 novembre, poussée de congestion pulmonaire, température de 39° 5, albuminurie et éréthisme cardiaque. Régime lacté. Ventouses. Injections de caféine. Au 13 novembre, cette poussée est terminée.

Le 23 novembre, nouvelle poussée de congestion et œdème pulmonaire avec affaissement considérable dans l'état général. Même traitement. Cette poussée ne dure que 6 jours.

La malade quitte l'hôpital le 10 décembre.

Nous avons eu récemment de ses nouvelles. Elle se porte à mer-

veille et a repris ses occupations, abandonnées depuis longtemps.

OBSERVATION II (*inédite*)

(M. DELAUNAY)

Volumineuse hernie ombilicale du volume d'une tête d'enfant. — Entéro-épiplocèle

M^{me} Vve D..., 56 ans.

Entrée le 28 février 1898.

Mère morte de cancer de l'estomac.

Réglée à 19 ans, toujours bien. Ménopause à 52 ans.

A 30 ans, une couche normale.

Il y a 15 ans, la malade constate l'existence de sa hernie.

Stationnaire pendant quatre ans, elle augmente depuis progressivement de volume, jamais de douleurs.

Depuis quatre ans seulement, la tumeur est gênante par son volume, d'autant qu'une ceinture construite antérieurement ne peut plus la maintenir.

Aucun trouble dans les fonctions digestives. L'état général est resté bon.

Examen. — Femme très grasse, pesant plus de 190 livres.

Au niveau, de l'ombilic, tumeur du volume d'une tête d'enfant, mesurant 20 centimètres dans les 2 sens, vertical et horizontal. A son niveau, la peau est très amincie, ridée. La tumeur est mollassse, pâteuse, très peu réductible, avec gargouillements. Dans la station verticale, la malade est obligée de soutenir sa tumeur.

Rien dans les autres organes, sauf aux poumons quelques râles de bronchite chronique.

Opération (9 mars 1898. M. DELAUNAY). — Toujours d'après le même procédé. La poche herniaire contient la presque totalité du grand épiploon, une masse considérable d'intestin grêle et même une portion du côlon transverse. L'épiploon est adhérent de toutes parts.

Suture à quatre étages. On suture en un seul plan le muscle et la lèvre aponévrotique antérieure.

Suites opératoires. — Un peu de ballonnement du ventre les trois premiers jours. La température ne monte pas au-dessus de 37° 2.

Au 3^{me} jour, à l'angle inférieur de la cicatrice, petit hématome, suppuré les jours suivants.

Ablation des fils au 13^{me} jour.

La malade quitte l'hôpital le 25 avril 1898.

Au 3 mars, elle nous donne de son état les meilleures nouvelles.

OBSERVATION III (*inédite*).

(M. DELAUNAY).

**Epiplocèle ombilicale du volume d'une mandarine,
avec coexistence d'une petite hernie crurale**

M^{me} P..., 53 ans, mariée.

Entrée le 23 avril 1897.

Rien dans les antécédents.

Réglée à 16 ans. Toujours régulièrement.

Mariée à 17 ans.

En sept ans, cinq accouchements à terme, tous assez pénibles. A la suite du dernier des douleurs violentes persistent dans le ventre avec hémorragies abondantes. Pendant 20 ans, ces symptômes s'aggravent progressivement.

En 1891, M. le Dr DOYEN pratique une hystérectomie vaginale pour prolapsus utérin complet. Pendant deux années encore, les douleurs persistent, puis disparaissent spontanément.

En 1882, dilatation pour fissure anale.

Il n'y a que deux ans que la malade a remarqué l'existence de sa hernie. Au bout d'un an, celle-ci atteignait le volume d'une mandarine et n'a pas grossi depuis lors. Jamais aucune douleur. L'état général est resté très bon.

Examen. — Femme pléthorique à visage vultueux, pesant 225 à 230 livres. La dépression ombilicale est effacée et remplacée par une tumeur du volume d'une mandarine. La peau est, à son niveau, amincie et rougeâtre, sillonnée par un plexus veineux très accusé. L'irréductibilité est absolue.

Toute tentative dans ce sens est douloureuse.

Il y a coexistence d'une petite hernie crurale spontanément réductible dans la position horizontale.

Les autres organes sont sains. Le cœur cependant est un peu mort. C'est un cœur gras.

Opération (9 mai 1897. M. DELAUNAY). — Procédé usuel.

Le sac ne contient qu'une masse d'épiploon adhérent à la paroi.

On fait à la base de cette masse une ligature en chaîne et l'on en résèque la presque totalité. Le reste est réduit dans le ventre. L'anneau est très peu élargi.

Réunion par quatre plans de suture, comme précédemment.

Suites opératoires. — Pas de température pendant les deux premières semaines. Pendant 8 jours, suintement abondant d'un liquide séro-sanguinolent, mais pas de suppuration. Pansements humides.

17 mai: ablation des fils de soutien.

22 mai: ablation des crins.

Le 24 mai, la température monte sous l'influence d'une poussée de congestion pulmonaire enrayée par la révulsion méthodique et répétée (ventouses), la caféine et l'alcool.

La malade quitte l'hôpital le 27 juin.

Un an et demi après, elle nous revient pour des douleurs violentes dans tout le ventre. La cicatrice est parfaite et très solide, mais dans toute l'épaisseur de la paroi on sent des masses dures, faisant corps avec le muscle, variant du volume d'une noix à celui d'une orange. On fait le diagnostic de sarcome, et le 13 juillet 1898 on enlève une partie de ces masses, réservant les autres pour une intervention ultérieure. La malade quitte l'hôpital dans l'intervalle. Le 22 novembre 1898, elle nous revient de nouveau. Les masses précédemment laissées ont complètement disparu, et les douleurs n'existent plus.

Ce nouvel examen permet de constater que la cicatrice résultant de la cure radicale de la hernie présente les meilleures conditions de solidité.

OBSERVATION IV (*inédite*).

(M. DELAUNAY).

Epiplocèle ombilicale adhérente, du volume d'une mandarine

M^{me} B..., 33 ans, mariée.

Entrée le 30 janvier 1899.

Rien dans les antécédents héréditaires.

A 6 ans, variole.

Réglée à 13 ans. Règles douloureuses mais régulières.

Mariée à 23 ans.

Quatre accouchements à terme, normalement accomplis.

A la suite du 3^me, albuminurie ayant duré trois mois. Après le deuxième, infection puerpérale obligeant la femme à trois mois de repos au lit.

La hernie semble dater du dernier accouchement (1896), c'est-à-dire il y a 3 ans. Elle s'est développée progressivement, sans douleurs, sans trop de gêne pour la malade, sans affaissement dans l'état général.

Examen. — Femme très grasse.

Parois du ventre épaisses, flasques, vergeturées.

Au niveau de l'ombilic, tumeur du volume d'une mandarine, dépliant la cicatrice ombilicale, recouverte d'une peau fine, transparente, légèrement variqueuse. La tumeur, de consistance mollassse, se tend dans les efforts de toux. Elle est presque complètement réductible avec gargouillements et l'on sent alors les bords tranchants de l'anneau qui a les dimensions d'une pièce de un franc.

Les autres organes sont sains.

Il y a coexistence d'hémorroïdes assez volumineuses.

Opération (7 fév. 1899. M. DELAUNAY). — Le procédé est toujours le même. La hernie est purement épiploïque. Il y a peu d'adhérences au sac, ce qui explique la réductibilité presque complète.

Suture de la paroi à cinq étages.

Cautérisations ignées sur les hémorroïdes.

Suites opératoires. — Pas de vomissements. Pas de température. Un soir seulement 38° 2. — Pendant quelques jours, écoulement très léger de sérosité par la plaie.

15 février, ablation des fils de soutien.

18 février, ablation des crins.

La malade sort de l'hôpital le 9 mars.

Nous avons eu récemment de ses nouvelles par son médecin.

L'état général est excellent.

La cicatrice est parfaite.

OBSERVATION V (*inédite*).

(M. DELAUNAY).

Hernie ombilicale épiploïque du volume d'une mandarine. Epiploon très adhérent

M^{me}... D..., 58 ans, mariée,

Entrée le 28 juin 1888.

Antécédents héréditaires et collatéraux nuls.

Réglée à 14 ans. — Menstruation toujours parfaite.

Mariée deux fois à 24 et 33 ans.

Un accouchement à terme dans de bonnes conditions.

Ménopause à 49 ans.

Depuis lors, la malade devient obèse et emphysémateuse.

Elle a remarqué sa hernie il y a deux ans environ. Celle-ci a évolué sans aucune douleur, et présente actuellement le volume d'une pomme. A son niveau, la peau est rouge et ecchymotique.

Elle est absolument irréductible.

L'auscultation des poumons décèle des râles nombreux de bronchite chronique et emphysème pulmonaire.

Opération (4 juillet 1897. — D^r DELAUNAY). — Omphalectomie par incision elliptique.

Le sac contient de l'épiploon étroitement adhérent que l'on résèque en partie.

Sutures à trois plans:

On prend dans un même surjet toute l'épaisseur musculo-aponévrotique, après ouverture des gaines.

Suites opératoires. — Elles sont des plus simples.

Aucune fièvre. La plaie se réunit par première intention.

En 15 jours, la guérison est complète.

OBSERVATION VI (*inédite*).

(M. DELAUNAY)

Omphalocèle du volume d'une orange. Entéro-épiplocèle adhérente ayant déterminé des crises douloureuses.

M^{me} Q..., 33 ans, mariée.

Entrée le 24 novembre 1898.

Pas de hernieux dans la famille. Aucun antécédent intéressant.

Réglée à 13 ans. Menstruation régulière, douloureuse.

Mariée à 16 ans.

Dix mois après, accouchement pénible suivi d'infection puerpérale avec séjour de 2 mois au lit.

C'est pendant les efforts de cet accouchement que s'est développée la hernie ombilicale (il y a 18 ans).

Développement lent pendant 15 ans. Depuis quelque temps, elle est stationnaire.

Depuis deux ans, crises intermittentes, caractérisées par de la tension dans la tumeur, des irradiations douloureuses vers l'épigastre et les flancs, accompagnées de ballonnement du ventre, de vomissements alimentaires abondants, de polyurie. Ces crises sont séparées par des intervalles de 4 à 5 semaines et durent, en moyenne, trois jours. Il s'agit probablement de poussées d'épiploïte.

La malade entre le 18 novembre. Depuis deux jours, elle est en proie à l'une de ces crises. Pendant les quelques jours qui précèdent l'intervention, elle ne peut même pas garder la minime quantité de lait ingérée, et les douleurs sont intenses.

La tumeur herniaire est légèrement tendue et toute tentative pour la réduire est extrêmement pénible. Cette hernie est du volume d'une orange. La malade est très grasse et les parois du ventre sont étalées et flasques.

Rien dans les autres organes. L'état général s'est conservé bon, malgré les accidents.

Opération (24 novembre. M. DELAUNAY). — Il s'agit d'une entéro-épiplocèle. L'anse d'intestin contenue est facilement réduite dans le ventre. L'épiploon est adhérent de toutes parts aux parois du sac — on en résèque une partie. Suture à quatre étages.

Point de soutien et drainage.

Suites opératoires. — La température ne monte pas au-dessus de 37°6. Les suites immédiates sont normales. Il y a eu suppuration assez abondante, au niveau de la plaie, tarie au bout de 20 jours après des lavages au sublimé et des injections de naphтол camphré.

Les fils sont enlevés au 13^e jour.

Le 28 décembre, la malade quitte l'hôpital.

Six mois après, elle se présente à la consultation, où nous pouvons constater la parfaite intégrité de sa cicatrice.

OBSERVATION VII (*inédite*)

(M. DELAUNAY)

Hernie ombilicale épiploïque adhérente du volume d'une noix ayant déterminé des phénomènes douloureux.

M^{me} C..., 41 ans, mariée.

Entrée le 27 octobre 1899.

Mère morte à 66 ans de hernie ombilicale étranglée.

Dans l'enfance, coqueluche et variole. — Mal de Pott avec gibbosité et parésie des membres inférieurs. Elle reste 7 mois dans une gouttière et finit par guérir.

Réglée à 11 ans 1/2. — Menstruation régulière.

Mariée deux fois. Ni accouchement. Ni fausse couche.

Il y a cinq ans, elle remarque l'existence d'une petite hernie ombilicale. Dès le début, celle-ci occasionne des douleurs intermittentes, sous forme de crises à localisation principale à l'ombilic, avec irradiations dans les aines et les lombes.

En même temps, constipation opiniâtre et selles pénibles.

Depuis quelques mois, ces douleurs se sont espacées et ont diminué d'intensité. La hernie n'a que peu augmenté de volume.

Depuis un an, hémorragies utérines. — En même temps, symptômes de vieille rhino-pharyngite chronique avec écoulement nasal séro-purulent.

Examen. — Femme adipeuse, quoique moins grasse que nos autres malades. L'ombilic déplié est refoulé en avant et forme une saillie du volume d'une noix environ.

Mollasse à la palpation, elle est irréductible. En la déprimant, on sent l'anneau élargi atteignant à peine les dimensions d'une pièce de un franc; — on fait le diagnostic d'épiplocèle adhérente.

Rien au cœur ni aux poumons.

Utérus gros et fibromateux.

Opération (30 déc. 1897. M. DELAUNAY). — Même méthode que pour les hernies volumineuses. Il s'agit bien en effet d'une épiplocèle avec épiploon très adhérent. On en résèque une petite portion.

Omphalectomie. Suture de la paroi à trois plans (le muscle et les feuillets aponévrotiques sont pris dans le même surjet).

Suites opératoires. — Elles sont des plus simples.

Ni fièvre, ni suppuration.

Ablation des fils au 12^e jour.

La malade part le 25 janvier.

Les dernières nouvelles reçues d'elle récemment sont excellentes.

OBSERVATION VIII (*inédite*)
(M. DELAUNAY).

**Epiplocèle ombilicale du volume d'une
mandarine**

M^{me} M..., 30 ans, mariée.

Entrée le 19 octobre 1897.

Rien dans les antécédents héréditaires.

Dans l'enfance, variole légère.

Réglée à 12 ans.

Mariée à 24 ans.

Ni accouchement, ni fausse couche.

Depuis quatre ans, elle a grossi d'environ 80 livres. Elle pèse actuellement 250.

Il y a environ deux ans, à l'occasion d'un effort brusque, elle s'est aperçue de l'existence de sa hernie. Depuis lors, la tumeur a augmenté lentement sans occasionner aucune douleur.

Actuellement on constate au niveau de l'ombilic une tumeur du volume d'une mandarine, de consistance molle et pâteuse, se réduisant partiellement sans gargouillements.

La peau est à son niveau, simplement amincie.

Rien dans les autres viscères. Etat général très bon.

Opération (22 octobre 1898, M. DELAUNAY). — Omphalectomie par incision elliptique. Le sac ne contient que de l'épiploon, adhérent seulement en 3 points. Ligature et résection d'une portion.

Suture étagée à 4 plans.

Deux points de soutien à la soie. Drainage.

Suites opératoires. — Formation d'un hématome avec suppuration consécutive pendant 8 jours.

Pas de température. Etat général très bon.

Ablation des points de soutien au 12^e jour, et des crins le 15^e.

La femme quitte le service le 26 novembre.

OBSERVATION IX (*inédite*).
(M. DELAUNAY)

**Petite hernie ombilicale épiploïque du volume
d'une noix**

M^{me} D..., 28 ans, mariée.

Rien dans les antécédents.

Toujours très bien réglée.

Mariée, ni accouchement, ni fausse couche.

Le début apparent de la hernie remonte à cinq ou six ans.

Elle n'a jamais occasionné de douleurs, mais simplement un peu de gêne pendant le travail.

Actuellement elle ne représente guère que le volume d'une petite noix, de consistance mollassse, irrégulière, irréductible, recouverte par une peau fine et transparente.

Opération (26 novembre, M. DELAUNAY). — Incision de 12 centimètres avec ablation d'un lambeau pesant 350 gr.

Ligature à la soie sur l'épiploon dont on résèque une petite portion.

Suture à cinq étages.

Deux points de soutien. Drainage.

Guérisson rapide par première intention.

La malade quitte l'hôpital le 23 décembre.

OBSERVATION X (*inédite*)

(Service du Dr DELAUNAY. — Opérée par M. le Dr ROUSSEAU, chirurgien adjoint.)

Epiplocèle ombilicale adhérente du volume d'une petite noix. Coexistence d'un Kyste hydatique de la paroi abdominale.

M^{me} D..., 35 ans, mariée.

Entrée le 25 octobre 1899.

Rien du côté des parents.

A 6 ans, variole bénigne.

Réglée à 12 ans. Règles régulières, douloureuses jusqu'au mariage.

Mariée à 17 ans.

De 19 à 22 ans, quatre accouchements normaux.

La hernie est apparue il y a un an. Elle n'a jamais déterminé aucune douleur et s'est peu développée.

Il y a 6 ans, la malade avait remarqué l'existence d'une autre tumeur située environ au milieu d'une ligne tirée de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure gauche.

Cette tumeur a augmenté lentement de volume sans jamais occasionner aucun trouble.

Examen. — Femme très forte. Parois abdominales épaisses et étalées; au niveau de l'ombilic existe une saillie du volume d'une petite noix refoulant en dépliant la cicatrice ombilicale, se réduisant partiellement sans gargouillements.

Au niveau de la fosse iliaque gauche, la peau est également soulevée par une masse allongée du volume d'un poing d'enfant, étendue obliquement de haut en bas, et de dedans en dehors. Cette tumeur est irrégulière, bosselée et développée dans l'épaisseur même de la paroi. La consistance en est molle, granuleuse. On fait le diagnostic de lipome de la paroi, sous toutes réserves.

Opération (31 octobre 1899. M. le D^r ROUSSEAU). — Incision médiane sur la tumeur de la fosse iliaque.

Il jaillit un flot de liquide absolument clair et limpide dans lequel nagent de nombreuses vésicules. C'est un kyste hydatique de la paroi. Ablation de la poche. Surjet profond hémostatique au catgut. Drainage. Réunion de la peau aux crins.

Cure radicale de la hernie par le procédé habituel.

Epiplocèle adhérente, avec adhérences peu nombreuses et peu solides.

Suture péritonéo-fibreuse.

Réfection de la paroi en deux plans.

Suture de la peau aux crins.

Suites opératoires. — Pour les deux plaies, elles sont très simples.

La guérison se fait par première intention.

Le 25 novembre la malade quitte l'hôpital.

Au 3 mars, nous avons d'elle les meilleures nouvelles.

OBSERVATION XI (*inédite*)

(Service de M. DELAUNAY, opérée par M. ROUSSEAU.)

Petite épiplocèle ombilicale adhérente chez une hémophilique. — Hémorragies consécutives à l'intervention.

M^{me} C..., 46 ans, mariée.

Entrée le 13 novembre.

Comme antécédents héréditaires, un grand-père et une bisaïeule morts de cancer d'estomac.

Dans les collatéraux, un frère et deux sœurs, hémophyles, morts d'hémorragies.

Personnellement à 15 ans une fièvre typhoïde.

Angines à répétition. — Femme de tous temps très nerveuse et très impressionnable.

Réglée à 10 ans 1/2. Règles régulières et abondantes.

Mariée à 21 ans. Trois accouchements normaux et une fausse couche de 3 mois.

Mariée une seconde fois. Neuf accouchements à terme et quatre fausses couches, l'une gémellaire.

A la suite, prolapsus génital assez accusé ayant débuté au 3^e accouchement et s'étant exagéré à chaque grossesse.

Il y a 6 ans, la malade remarque l'existence d'une petite hernie ombilicale. Celle-ci n'a jamais occasionné aucune douleur et s'est développée lentement et peu. Même depuis un an elle s'est réduite légèrement sous l'influence du port d'un bandage.

Examen. — Femme énorme à parois abdominales étalées et extrêmement épaisses.

Au niveau de l'ombilic, la dépression normale est remplacée par une petite saillie globuleuse du volume d'un œuf de pigeon. La peau, à son endroit, est tendue, lisse, comme amincie et transparente.

En serrant cette tumeur entre deux doigts, elle est de consistance mollassse, irrégulière, donnant la sensation d'un contenu granuleux qui doit être composé de franges épiploïques. Cette tumeur est partiellement réductible. Quand on veut la réduire complètement, on occasionne des douleurs assez vives.

Du côté de la sphère génitale, énormectocèle avec hypertrophie du col et gros utérus fibromateux.

Opération (30 novembre M. ROUSSEAU). — Procédé courant. Petite épiplocèle adhérente. Destruction de ces adhérences.

Restauration de la paroi par quatre plans de suturés.

Suites opératoires. — Réaction rapide. — Jamais de température.

Douleurs légères et fugaces.

Etant donnés les antécédents familiaux de la malade, les suites présentent cependant un phénomène intéressant, qui prouve, ainsi que les règles toujours très abondantes, que la malade ne semble pas échapper à la diathèse hémophilique qui pesait sur sa famille.

Au 8^e jour de l'opération, il se forme, au niveau du tiers supé-

rieur de l'incision, un hématome rempli moitié de caillots, moitié de sang rutilant. On le vide. Depuis lors, du 8 décembre au 10 janvier, la cavité ouverte résultant de cet hématome ne cesse pas de saigner. Pendant les 15 premiers jours, cette hémorragie était même assez abondante pour transpercer tout le pansement et tacher largement les draps. Elle se produisait en nappe et sous forme de sang un peu brunâtre et visqueux. Des injections de naphтол camphré, puis des cautérisations au nitrate d'argent en solution, et enfin au thermo-cautère, permirent de s'en rendre maître.

La cavité guérit par bourgeonnement. Le reste de la cicatrice était parfait.

La malade quitte l'hôpital le 16 janvier.

OBSERVATION XII (*inédite*)

(Service de M. DELAUNAY, opérée par M. ROBIN-MASSÉ.)

Hernie ombilicale épiploïque adhérente, avec coexistence d'une hernie épigastrique.

L'observation a déjà été produite dans la première partie de ce travail à propos des hernies épigastriques.

Opération. — Ici, la même incision prolongée intéressant toute l'épaisseur de la paroi a permis de pratiquer en même temps la cure radicale des deux hernies. Nous rappelons que le contenu des deux sacs était fourni par de l'épiploon.

Suites opératoires. — Les suites ont été des plus simples.

La malade, partie de l'hôpital le 26 janvier, se porte actuellement très bien.

CONCLUSIONS

1. — HERNIES EPIGASTRIQUES

1° La hernie épigastrique est susceptible de suivre le trajet de la veine ombilicale, qu'elle peut entourer étroitement, et faire par conséquent son développement dans ce que Richet a appelé le canal ombilical. Cette variété est rare. Mais son existence même tend à prouver que le canal ombilical n'est pas une simple vue de l'esprit et répond à une conformation anatomique vraie.

2° Le diagnostic de la hernie épigastrique est souvent très difficile. Aussi, chez tout malade présentant des troubles dyspeptiques et des névralgies gastro-abdominales, ne semblant pas se rattacher à un cadre nosologique bien déterminé, ou rebelles à tout traitement antérieur, doit-on évoquer l'idée d'une hernie épigastrique possible. On ne saurait trop recommander en pareil cas une exploration clinique minutieuse.

3° La hernie épigastrique, dans la très grande majorité des cas, constitue une affection des plus douloureuses arrivant jusqu'à compromettre la nutrition du malade. Aussi peut-on établir en règle générale : qu'à très peu d'exceptions près, toute hernie épigastrique est justiciable d'une prompt intervention.

2. — HERNIES OMBILICALES

1° La hernie ombilicale, tant qu'elle ne présente que de faibles proportions, reste très supportable et n'occasionne que rarement des réactions douloureuses; mais il est remarquable qu'elle a une tendance naturelle à augmenter progressivement de volume, soit spontanément, soit sous l'influence de causes occasionnelles diverses, pour constituer un jour une véritable infirmité. Aussi la cure radicale reste-t-elle le mode de traitement le plus sûr et le plus efficace.

2° Le procédé opératoire de choix sera celui qui permettra, d'une part une libération et une réduction simples et faciles des viscères herniés, et d'autre part une restauration sérieuse de la paroi abdominale. A ce point de vue, la méthode que nous avons décrite, avec la modification d'éversement du sac imaginée par M. DELAUNAY, nous paraît réunir tous les avantages.

Vu : *le Doyen de la Faculté*

BROUARDEL.

Vu : *le Président de Thèse,*

PAUL BERGER

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD,

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

BERGER (Paul). — Traité de chirurgie de DUPLAY et RECLUS. Tome VI.
— IX^e Congrès de chirurgie. Examen de dix mille observations de hernies.

CANGE. — Thèse de Paris, 1898.

CONDAMIN. — *Archives provinciales de chirurgie*, 1892.

COOPER (A.). — Traité des hernies.

DAURIAC. — Thèse de Paris, 1896.

DECHAMBRE. — Dictionnaire des sciences médicales.

DELGUEL. — Thèse de Bordeaux, 1897.

GLÉNARD. — *Revue des maladies de la nutrition*. Nov. 1896.

GOSSELIN (J.-L.). — Leçons sur les hernies, page 470.

JACCOUD. — Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques. Tome XIV.

JABOULAY. — Traité de chirurgie de LE DENTU et DELBET. Tome VIII.

JALAGUIER. — *Presse médicale*. 1896.

LE DENTU. — Etudes de clinique chirurgicale (1890-91).

LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Cure radicale des hernies.

MALGAIGNE. — Leçon sur les hernies. 1841.

NÉLATON. — Eléments de pathologie chirurgicale. Tome IV.

PETIT (J.-L.). — Traité des maladies chirurgicales.

POIRIER. — Traité d'anatomie.

POZZI. — Remarques sur la laparotomie. *Bull. soc. chir.* 1888.

QUÉNU. — *Gazette médicale de Paris*. Décembre 1893.

RICHTER. — Traité des hernies. Traduction Rougemont.

REIGNIER. — Essai sur les hernies ventrales. Thèse de Paris, 1879.

ROGER (François). — Thèse de Paris, 1894.

SCHATZ. — La pression intra-abdominale et la mobilité anormale des viscères abdominaux. — *Berliner klin. Wochenschrift*. 1891, n^o 27.

SEBILEAU. — *Gazette médicale de Paris*, mai 1896.

TERRIER. — Société de chirurgie de Paris. Nov. 1887.

TRASTOM. — Les déséquilibres du ventre. Entéroptosiques et dilatés. 1898.

VERDIER. — Traité des hernies. 1840.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS.....	7
CHAPITRE PREMIER. — Hernies épigastriques	10
1. — CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES.....	11
2. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET PATHOGÉNIE.....	14
3. — SYMPTOMATOLOGIE ET TRAITEMENT.....	19
4. — OBSERVATIONS.....	25
<i>Observation I</i> (inédite). — Hernie épigastrique épiploïque avec coexistence d'une hernie ombilicale.....	25
<i>Observation II</i> . — Hernie épigastrique épiploïque sans lipome herniaire.....	27
<i>Observation III</i> . — Petite éventration sus-ombilicale simu- lant une hernie épigastrique.....	29
5. — CANAL OMBILICAL DE RICHET. — HERNIE ÉPIGASTRIQUE DÉVE- LOPPÉE DANS CE CANAL.....	31
<i>Observation IV</i> (inédite).....	34
CHAPITRE II. — Hernies Ombilicales	39
1. — CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES.....	39
2. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET ÉTIOLOGIE.....	42
3. — SYMPTOMATOLOGIE ET TRAITEMENT.....	48
4. — OBSERVATIONS.....	60
<i>Observation I</i> (inédite). — Enorme hernie ombilicale, du volume d'une tête d'adulte, contenant une masse d'épiploon, la presque totalité de l'intestin grêle, le cœcum et l'appendice, le côlon ascendant et une portion du côlon transverse.....	60
<i>Observation II</i> (inédite). — Volumineuse hernie ombilicale du volume d'une tête d'enfant. — Entéro-épiplocèle.....	62
<i>Observation III</i> (inédite). — Epiplocèle ombilicale du volume d'une mandarine avec coexistence d'une petite hernie crurale.	63
<i>Observation IV</i> (inédite). — Epiplocèle ombilicale adhérente, du volume d'une mandarine.....	64

<i>Observation V</i> (inédite). — Hernie ombilicale épiploïque du volume d'une mandarine. — Epiploon très adhérent.....	65
<i>Observation VI</i> (inédite). — Omphalocèle du volume d'une orange. Entéro-épilocèle adhérente ayant déterminé des crises douloureuses.....	66
<i>Observation VII</i> . — Hernie ombilicale épiploïque adhérente du volume d'une noix ayant déterminé des phénomènes douloureux.....	67
<i>Observation VIII</i> (inédite). — Epilocèle ombilicale du volume d'une mandarine.....	69
<i>Observation IX</i> (inédite). — Petite hernie ombilicale épiploïque du volume d'une noix.....	69
<i>Observation X</i> (inédite). — Epilocèle ombilicale adhérente du volume d'une petite noix. Coexistence d'un kyste hydatique de la paroi abdominale.....	70
<i>Observation XI</i> (inédite). — Petite épilocèle ombilicale adhérente chez une hémophilique. — Hémorragies consécutives à l'intervention.....	71
<i>Observation XII</i> (inédite). — Hernie ombilicale épiploïque adhérente avec coexistence d'une hernie épigastrique.....	73
CONCLUSIONS.....	74
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.....	76



